   

FICHA DE MONITOREO DEL PERSONAL DE SALUD

VIRUS SARS-CoV-2 Y VIRUS DE LA INFLUENZA

Fecha de Inicio del Monitoreo: ……/……./………Centro Notificante:………………………………………..

|  |
| --- |
| **DATOS DEL PERSONAL SANITARIO EXPUESTO Y/O SINTOMÁTICO** |
| Nombre y Apellido: | Vacunacióncontra COVID | SI | NO |
| Número de Cédula: | Nombre de vacuna y fecha de 1era dosis: |
| Teléfono: | Nombre de vacuna y fecha de 2da dosis: |
| Ciudad: | Nombre de vacuna y fecha de 3ra dosis: |
|  | Nombre de vacuna y fecha de 4ta dosis: |
| Fecha de nacimiento: Edad: | Embarazo | SI | NO |
| Sexo: | M | F | Patologías de Base: |
| Servicio de Salud: |
| Región Sanitaria: | **Datos del Contacto Caso Positivo** |
| Profesión: | Nombre y Apellido: |
| Función (Especialidad): | Número de Cédula: |
| Otros lugares donde presta servicio: | Sexo: |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de Inicio de Síntomas:** |  |  |  |  |  |  |
| **Día →** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| **Fecha →** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fiebre |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dolor de garganta |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Disnea |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cefalea |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Anosmia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rinitis |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Otros síntomas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **En caso de COVID-19. Clasificación de Riesgo** | **Exposición**(Marcar una) |
| ALTO (1) |  |
| MODERADO (2) |  |
| BAJO (3) |  |
| SIN EXPOSICION (4) |  |

|  |
| --- |
| **En caso de INFLUENZA** |
| Vacunacióncontra INFLUENZA | SI | NO |
| Fecha de aplicación: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoría del Contagio (Situación en la cual se da el contacto)** | **Exposición**(Marcar una) |
| ATENCIÓN AL PACIENTE POSITIVO (1) |  |
| CONTACTO CON EL PERSONAL DE SALUD POSITIVO (2) |  |
| ENTORNO FAMILIAR/SOCIAL (3) |  |
| VIAJERO (4) |  |
| SIN NEXO (5) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoría del Contagio (Situación en la** **cual se da el contacto)** | **Exposición**(Marcar una) |
| ATENCIÓN AL PACIENTE POSITIVO (1) |  |
| CONTACTO CON EL PERSONAL DE SALUD POSITIVO (2) |  |
| ENTORNO FAMILIAR/SOCIAL (3) |  |
| SIN NEXO (4) |  |

|  |
| --- |
| Laboratorio: |
| Tipo de Prueba (PCR o Antígeno para SARS-CoV-2):  | SI | NO | **RESULTADO:** | **FECHA:…..…../…….…./……….** |
| Tipo de Prueba (PCR o Antígeno para Influenza):  | SI | NO | **RESULTADO:** | **FECHA:…..…../…….…./……….** |

…………………………………………………………………………

Firma y Sello del Responsable (Obligatorio)