

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA				FICHA EPIDEMIOLÓGICA VIGILANCIA VIRUS RESPIRATORIOS – COVID 19				Versión: 2 Actualización febrero 2021				
1. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN												
UNIDAD NOTIFICADORA	Fecha de notificación	Día	Mes	Año	No. de ficha (Código Unidad de Salud)	Evento COVID19	Año	No.				
Área de Salud					Distrito							
Servicio u Hospital			Seguro Social (IGSS)		Establecimiento Privado		Especifique:					
Servicio donde se capta el caso		Consulta Externa	Emergencia	Encamamiento	UCI	Domicilio	Otro	Especifique:				
Responsable del llenado del instrumento – Nombre completo							Cargo					
Teléfono		Correo Electrónico			Firma y Sello							
2. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE												
NOMBRE DEL PACIENTE 1er. Nombre					2do. Nombre							
1er. Apellido			2do. Apellido			Sexo	Masculino		Femenino			
Embarazada	Si	No	Edad Gestacional		Trimestre	Post Parto	Si	No				
Ocupación	Edad		Años:		Meses:	Fecha de Nacimiento	DÍA	MES	AÑO			
Código Único de Identificación			Nombre del Tutor			Teléfono del tutor						
Pueblo	Maya	Ladino/Mestizo	Garífuna	Xinca	Otro: (especifique)							
Escolaridad	Ninguna	Primaria	Secundaria	Diversificado	Universitario	No sabe						
3. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA												
Dirección:								Teléfono				
Departamento			Municipio		Comunidad / Aldea/Zona							
4. ANTECEDENTES												
Caso sospechoso de reinfección		Si	No	Fecha de Diagnóstico	Lugar de Diagnóstico							
Recibió Vacuna de COVID-19		Si	No	No sabe	Número de dosis recibida de la vacuna COVID-19		Una dosis	Dos dosis				
Fecha de vacunación de la primera dosis		Día	Mes	Año	Tipo de vacuna recibida (1)		No. Fuente de Información de la Vacuna (2)					
Fecha de vacunación de la segunda dosis		Día	Mes	Año	Tipo de vacuna recibida (1)		No. Fuente de Información de la Vacuna (2)					
5. DATOS CLÍNICOS												
FACTORES DE RIESGO												
Diabetes mellitus	Si	No	No sabe	Tratamiento con corticosteroides			Si	No	No sabe			
Enf. Pulmonar obstructiva crónica	Si	No	No sabe	Enfermedad hepática crónica			Si	No	No sabe			
Insuficiencia renal crónica	Si	No	No sabe	Cardiopatía crónica (hipertensión arterial)			Si	No	No sabe			
Cáncer	Si	No	No sabe	Disfunción Neuromuscular			Si	No	No sabe			
Asma	Si	No	No sabe	Obesidad			Si	No	No sabe			
Inmunosupresión	Si	No	No sabe	Otras:			Si	No	No sabe			
Fecha de inicio de Síntomas		Día	Mes	Año	<<<Sintomatología Al Momento De La Toma De Muestra>>>							
Fiebre ≥ 38º Centígrados	Si	No	No sabe	Perdida de Olfato			Si	No	No sabe			
Antecedentes de fiebre	Si	No	No sabe	Rinorrea			Si	No	No sabe			
Malestar general	Si	No	No sabe	Vómitos o diarrea			Si	No	No sabe			
Dolor muscular o de articulaciones	Si	No	No sabe	Disnea (dificultad para respirar)			Si	No	No sabe			
Dolor de cabeza	Si	No	No sabe	Estridor laríngeo			Si	No	No sabe			
Tos	Si	No	No sabe	Tiraje Subcostal			Si	No	No sabe			
Odinofagia	Si	No	No sabe	Otros:			Si	No	No sabe			
6. INFORMACIÓN COVID-19												
Motivo de realización de la prueba para COVID-19		Trabajador de Salud	Regreso del Extranjero	Frontera	Contacto con Caso Confirmado	Búsqueda de Atención Médica	Otro	Especifique:				
¿Participó en algún evento social con presencia de caso(s) confirmados(s) en los últimos 14 días?				Si	Especifique:					No	No sabe	
7. MUESTRAS TOMADAS												
Se tomó muestra	Si	No	Tipo de muestra		Hisopado nasofaríngeo	Hisopado orofaríngeo	Hora toma de muestra	Fecha de toma de muestra		Día	Mes	Año
Virus detectado:												
8. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA												
Vigilancia ETI (Pacientes ambulatorios)				Vigilancia IRAG (Pacientes hospitalarios)								
IRAG/ETI en trabajador de salud								Si	No			
Defunción relacionada con IRAG/ETI de causa desconocida								Si	No			
Clasificación	Confirmado	Confirmado por nexo Epidemiológico	Sospechoso	Probable	Descartado							
9. EVOLUCIÓN DEL PACIENTE												
El paciente fue Hospitalizado		Si	No	Fecha de Hospitalización			No. Expediente Clínico					
Ingreso A Encamamiento				Si	No	Ingreso A Observación		Si	No			
Ingreso A UCI				Si	No	Tubo Endotraqueal		Si	No			
						Ventilación Asistida		Si	No			
Referido A Otro Hospital:				Si	No	¿Cuál?						
Fecha de recuperación/ egreso/fallecimiento			Día	Mes	Año	Condición del paciente al egreso		Vivo	Muerto			

(1) Tipo de vacuna:

* Pfizer Biontech * Moderna * Astra Zeneca/Oxford * Sputnik * Jhonson&Jhonson * Otras (especifique)

(2) Fuente de información de la vacuna:

1 Carné de vacunación revisado en físico 2 Registro nominal en papel 3 Registro nominal nacional (Electrónico) 4 Expediente clínico 5 Otros registros del PAI
6 Carné de vacunación leído por teléfono 7 Reporte verbal sin carné 8 Sin información