

Estudio epidemiológico de caso sospechoso de COVID-19							
DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE							
Entidad:		Jurisdicción:		Municipio:		Nombre de la Unidad Médica:	
Institución				CLUES:			
DATOS GENERALES							
Fecha de ingreso a la unidad:	dd/mm/aaaa						
Primer Apellido:			Segundo Apellido:			Nombre (s):	
Fecha de Nacimiento:	Día:		Mes:		Año:	Edad:	CURP:
Sexo:	Hombre:		¿Está embarazada?	Sí	No	Meses de embarazo:	Se encuentra en periodo de puerperio
	Mujer:						Sí No
Nacionalidad:	Mexicana:		Extranjera:		Pais de origen:	No. Expediente o Seguridad social:	
Entidad de nacimiento:			Entidad / Delegación de Residencia:				
Municipio de residencia:			Localidad:				
Calle:			Número externo:			Número interno:	
Entre qué calles:			y				
Colonia:			C.P.			Teléfono:	
¿Se reconoce cómo indígena?	Sí No		¿Habla alguna lengua indígena?	Sí No			
Ocupación:			¿Es Migrante?	Sí No			
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS							
¿Realizó algún viaje a un país con transmisión local comunitaria* en los 14 días previos al inicio de signos y síntomas?	Sí No		¿Usted es residente de algún país con transmisión local comunitaria*?	Sí No			
En caso afirmativo responda lo siguiente:							
Fecha de viaje:	dd/mm/aaaa		Aerolínea/vuelo de llegada a México				
Fecha de llegada a México:	dd/mm/aaaa						
Durante las 2 semanas previas al inicio de los síntomas :							
¿Tuvo contacto con alguna persona con sintomatología respiratoria?	Sí No Se ignora						
Lugar de contacto:	1=Hogar 2=Área de trabajo 3=Área de entretenimiento social 4=Unidad médica						
¿Tuvo contacto con animales?	Sí No		Cual:				
¿Qué tipo de contacto tuvo ?	1=Animales vivos 2=Animales muertos 3=Sangre 4=Heces 5=Huevo 6=Visceras						
¿Visitó algún mercado, donde hubiera venta de animales?	Sí No		Lugar:			Fecha:	dd/mm/aaaa
Antecedentes de viajes internacionales y nacionales:							
En caso afirmativo informe los países o ciudades visitados							
Pais al que viajó	Ciudad del país al que viajó	Fecha llegada dd/mm/aaaa	Fecha de salida dd/mm/aaaa	Aerolínea/vuelo			
¿En los últimos 14 días, ha tenido contacto cercano** con una persona con sospecha de COVID-19?							
		Sí		No			
¿En los últimos 14 días, ha tenido contacto cercano** con una persona confirmada por laboratorio de COVID-19?							
		Sí		No			
¿Tuvo contacto con otras personas o familiares que hayan viajado a algún país con transmisión local comunitaria* en los 14 días previos al inicio de síntomas?							
*Países con transmisión local comunitaria: China, Hong Kong, Corea del Sur, Japón, Italia, Irán y Singapur.							
**Contacto cercano: estar a 2 metros de distancia, o dentro de la habitación o área de cuidado, de un caso por un periodo prolongado de tiempo sin usar el equipo de protección personal (por ejemplo, batas, guantes, respirador desechable N95 y protección ocular); puede incluir cuidar, vivir, visitar o compartir un área o sala de espera médica.							
Sí No							
DATOS CLÍNICOS							
Fecha de inicio de síntomas:	dd/mm/aaaa						
¿En los últimos 14 días ha presentado los siguientes signos y síntomas?							
Fiebre	Sí	No	Cefalea	Sí	No	Co-morbilidad	Sí No
Tos			Irritabilidad			Diabetes	
Dolor torácico			Diarrea			EPOC	
Dificultad respiratoria			Vómito			Asma	
			Calosfríos			Inmunosupresión	
			Dolor abdominal			Hipertensión	
			Mialgias			VIH/Sida	
			Artralgias			Enfermedad cardiovascular	
			Ataque al estado general			Obesidad	
			Rinorrea			Insuficiencia renal crónica	
			Polipnea			Insuficiencia hepática crónica	
			Odinofagia			Tabaquismo	
			Conjuntivitis			Otro	
			Cianosis				
			Convulsiones				
			Otro				

DATOS DE LA UNIDAD MÉDICA											
Servicio de ingreso:				Tipo de paciente:		1=Ambulatorio		2=Hospitalizado			
Fecha de ingreso a la unidad:				dd/mm/aaaa		El caso fue ingresado a la UCI:		Sí No			
						El caso fue intubado:		Sí No			
						El caso tiene diagnóstico de Neumonía:		Clínica Sí No			
						Radiológica:		Sí No			
TRATAMIENTO											
¿Recibió tratamiento antipirético / analgésico?				Sí No Se ignora							
Seleccione antipirético/analgésico:				Fecha de inicio del tratamiento antipirético/analgésico: dd/mm/aaaa							
<i>*Puede marcar más de una opción de la lista siguiente</i>											
Paracetamol				Naproxeno				Diclofenaco			
Ibuprofeno				Piroxicam				Ketorolaco			
Ácido acetilsalicílico				Metamizol sódico				Otro			
Clonixinato de lisina											
¿Recibió tratamiento antiviral?				Sí No Se ignora							
Seleccione antiviral:				Fecha de inicio del tratamiento antiviral: dd/mm/aaaa							
<i>*Puede marcar más de una opción de la lista siguiente</i>											
Amantadina				Zanamivir				Ribavirina			
Rimantadina				Peramivir				Otro			
Osetamivir											
¿Recibió tratamiento antibiótico?				Sí No Se ignora							
Seleccione el antibiótico:				Fecha de inicio del tratamiento antibiótico: dd/mm/aaaa							
<i>*Puede marcar más de una opción de la lista siguiente</i>											
Penicilina				Clindamicina				Amoxicilina c/s Ac. Clavulánico			
Dicloxacilina				Clarithromicina				Otros			
Ampicilina				Ciprofloxacino							
Amikacina				Meropenem							
Doxiciclina				Vancomicina							
Cefalosporina											
LABORATORIO											
¿Se le tomó muestra al paciente?		Sí No		Laboratorio de diagnóstico:							
Tipo de muestra											
<i>*Puede marcar más de una opción de la lista siguiente</i>											
Exudado faríngeo				Lavado bronquial							
Exudado nasofaríngeo				Biopsia de pulmón							
Fecha de toma de muestra:				dd/mm/aaaa		Fecha de envío de la muestra:				dd/mm/aaaa	
Fecha de recepción de muestra:				dd/mm/aaaa		Fecha de resultado:				dd/mm/aaaa	
						Resultado:					
EVOLUCIÓN											
Evolución				1=Alta por mejoría		2=En tratamiento		3=Caso grave		4=Caso no grave	
Fecha de egreso:				dd/mm/aaaa							
Fecha de defunción:				dd/mm/aaaa							
Folio de certificado de defunción				*Defunción por COVID-19		Sí No					
<i>*Anexar copia digitalizada de certificado de defunción si cumple con definición operacional de defunción por COVID-19</i>											
CONTACTOS											
Nombre (Apellido paterno, materno, nombre)		Sexo		Edad	Tipo de contacto (ID o ED)*	Correo electrónico	Presenta signos y síntomas (Fiebre, tos, dolor torácico, dificultad respiratoria, otros)		Observaciones		
		F	M								
<p>* ID = Intradomiciliario , ED = Extradomiciliario (Trabajo, Unidades médicas, Escuela, Mercado, Sitio de reunión, etc.)</p> <p>Nota: En caso de que algún contacto cumpla con definición operacional de caso sospechoso, realizar el estudio epidemiológico de caso sospechoso</p>											
Nombre y cargo de quien elaboró				Nombre y cargo de quien autorizó				Fecha de elaboración:		dd/mm/aaaa	
				Contacto: Teléfono y correo electrónico							