

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 Sí No Días de puerperio:

Nacionalidad: Mexicana: Extranjera: País 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 entrenamiento 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=Víscheras

¿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

País 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?

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Fiebre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Cefalea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Co-morbilidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Irritabilidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Diabetes	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dolor torácico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Diarrea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EPOC	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dificultad respiratoria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Vómito	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Asma	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Calosfríos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Inmunosupresión	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Dolor abdominal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hipertensión	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Mialgias	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VIH/Sida	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Artralgias	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Enfermedad cardiovascular	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Ataque al estado general	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Obesidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Rinorrea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Insuficiencia renal crónica	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Polipnea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Insuficiencia hepática crónica	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Odinofagia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tabaquismo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Conjuntivitis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Otro	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Cianosis Convulsiones Otro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
DATOS DE LA UNIDAD MÉDICA							
Servicio de ingreso:	<input type="text"/>	Tipo de paciente:	1=Ambulatorio <input type="checkbox"/> 2=Hospitalizado <input type="checkbox"/>				
Fecha de ingreso a la unidad:	<input type="text"/> dd/mm/aaaa	El caso fue ingresado a la UCI:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
		El caso fue intubado:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
		El caso tiene diagnóstico de Neumonía:	Clínica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
		Radiológica:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
TRATAMIENTO							
¿Recibió tratamiento antipirético / analgésico?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>					
Seleccione antipirético/analgésico: <i>*Puede marcar más de una opción de la lista siguiente</i>		Fecha de inicio del tratamiento antipirético/analgésico: <input type="text"/> dd/mm/aaaa					
Paracetamol <input type="checkbox"/> Ibuprofeno <input type="checkbox"/> Ácido acetilsalicílico <input type="checkbox"/> Clonixinato de lisina <input type="checkbox"/>	Naproxeno <input type="checkbox"/> Piroxicam <input type="checkbox"/> Metamizol sódico <input type="checkbox"/>	Diclofenaco <input type="checkbox"/> Ketorolaco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
¿Recibió tratamiento antiviral?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>					
Seleccione antiviral: <i>*Puede marcar más de una opción de la lista siguiente</i>		Fecha de inicio del tratamiento antiviral: <input type="text"/> dd/mm/aaaa					
Amantadina <input type="checkbox"/> Rimantadina <input type="checkbox"/> Oseltamivir <input type="checkbox"/>	Zanamivir <input type="checkbox"/> Peramivir <input type="checkbox"/>	Ribavirina <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
¿Recibió tratamiento antibiótico?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>					
Seleccione el antibiótico: <i>*Puede marcar más de una opción de la lista siguiente</i>		Fecha de inicio del tratamiento antibiótico: <input type="text"/> dd/mm/aaaa					
Penicilina <input type="checkbox"/> Dicloxacilina <input type="checkbox"/> Ampicilina <input type="checkbox"/> Amikacina <input type="checkbox"/> Doxiciclina <input type="checkbox"/> Cefalosporina <input type="checkbox"/>	Clindamicina <input type="checkbox"/> Claritromicina <input type="checkbox"/> Ciprofloxacino <input type="checkbox"/> Meropenem <input type="checkbox"/> Vancomicina <input type="checkbox"/>	Amoxicilina c/s Ac. Clauvulánico <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>					
LABORATORIO							
¿Se le tomó muestra al paciente?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Tipo de muestra <i>*Puede marcar más de una opción de la lista siguiente</i>		Laboratorio de diagnóstico: <input type="text"/>					
Exudado faringeo <input type="checkbox"/> Exudado nasofaríngeo <input type="checkbox"/>		Lavado bronquial <input type="checkbox"/> Biopsia de pulmón <input type="checkbox"/>					
Fecha de toma de muestra:	<input type="text"/> dd/mm/aaaa	Fecha de envío de la muestra:	<input type="text"/> dd/mm/aaaa				
Fecha de recepción de muestra:	<input type="text"/> dd/mm/aaaa	Fecha de resultado:	<input type="text"/> dd/mm/aaaa				
		Resultado:	<input type="text"/>				
EVOLUCIÓN							
Evolución	<input type="text"/>	1=Alta por mejoría	2=En tratamiento				
Fecha de egreso:	<input type="text"/> dd/mm/aaaa	3=Caso grave	4=Caso no grave				
Fecha de defunción:	<input type="text"/> dd/mm/aaaa	5=Defunción					
Folio de certificado de defunción	<input type="text"/>	*Defunción por COVID-19	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
*Anexar copia digitalizada de certificado de defunción si cumple con definición operacional de defunción por COVID-19							
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					
Nombre y cargo de quien elaboró	Nombre y cargo de quien autorizó	Fecha de elaboración: <input type="text"/> dd/mm/aaaa					
<hr/>	<hr/>						
<hr/>	<hr/>						
Contacto: Teléfono y correo electrónico <hr/>							