



FICHA DE REPORTE DE RESULTADOS DE PRUEBA RÁPIDA. COVID-19*

N° de Registro

202212021

DATOS DEL PACIENTE

Tipo de documento ☒ DNI ☐ Carnet de Extranjería ☐ Pasaporte

Numero de documento Celular 5540489080

Edad 21 años Sexo Masculino

Nombres Diego Francisco Apellido Paterno Hernandez Apellido Materno Perez

Dirección

Departamento	Provincia	Distrito
<input type="text"/>	<input type="text"/> Edo- Mexico	<input type="text"/> Ecatepec

Nombre del EESS:

RENIPRESS:

¿Es personal de salud? ☐ SI ☒ NO Cuál:

¿Tiene síntomas? ☒ SI ☐ NO Fecha de inicio de síntomas: 17-02-24

Marque los síntomas que presenta:

<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Fiebre/ escalofrío	<input type="checkbox"/> Cefalea
<input checked="" type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input checked="" type="checkbox"/> Malestar general	<input type="checkbox"/> Irritabilidad/ confusión
<input type="checkbox"/> Congestión nasal	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Dolor
<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Náuseas/ vómitos	<input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/>

DATOS DE LA PRUEBA RÁPIDA

Fecha de ejecución de la prueba rápida: 18 02 24

Procedencia de la solicitud de diagnóstico:

<input type="checkbox"/> Llamada al 113	<input type="checkbox"/> Contacto con caso confirmado	<input type="checkbox"/> Persona extranjero (migraciones)
<input type="checkbox"/> De EESS	<input checked="" type="checkbox"/> Contacto con caso sospechoso	<input type="checkbox"/> Personal de salud
<input type="checkbox"/> Otro priorizado	<input checked="" type="checkbox"/>	

Resultado de la PRIMERA PR

☐ Reactivo IgM
☐ Reactivo IgG
☒ Reactivo IgM/IgG
☐ No Reactivo
☐ Inválido

Resultado de la SEGUNDA PR, en caso de tener como resultado de la primera

☐ Reactivo IgM
☐ Reactivo IgG
☐ Reactivo IgM/IgG
☐ No Reactivo

Resultado: positivo

Clasificación Clínica de Severidad: ☒ Leve ☐ Moderado ☐ Severo

¿El paciente presenta alguna condición de riesgo? ☐ SI ☒ NO ¿Cuál?:

DATOS DEL PERSONAL QUE REALIZA LA PRUEBA RÁPIDA

Nombres y Apellidos: Dra. Juarez Ortega

Número de DNI:

FARMACIA FAMILIARMA José Clemente Orozco Mz 1 Lt. 333 MEDICO CIRUJANO

Campesinas de Aragón Ced. Prof. 13093398

Este formato de registro individual impreso se debe registrar en el formulario web "FORMULARIO INTEGRADO: F100 F200 F300" que se encuentra en la página <https://web.ins.gob.pe/pr>



FAMIFARMA

Dra. Juárez Ortega Anaid CP: 13093398



NOMBRE DEL PACIENTE: Diego Francisco Hernandez ¹erez

FECHA: 19-02-24

DIAGNOSTICO: Sars- COV 2 - Positivo.

EDAD: 21 años

1. Cefalexina 500mg

tomar 1 cada 8 hrs via oral x 7 dias.

PESO: 72kg

TALLA: 90

F.C

F.R 18

TEMP:

SPO2: 36.1

TA:

ALERGIAS: 99%

negado

2. Clorfenamina compuesta

tomar 1 cada 8 hrs vi a oral x 3 dias.

3. Ibufpofeno 600mg

tomar 1 cada 8 hrs via oral x 3 dias.

Anaid Juárez Ortega

4. Redoxon 1g

tomar 1 cada 12 hrs via oral x 10 dias.



MEDICO CIRUJANO

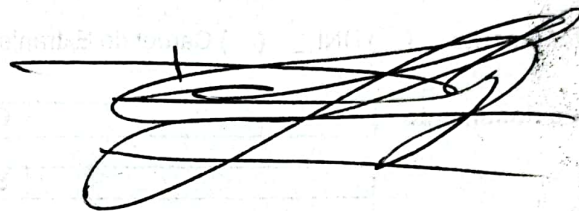
Ced. Prof. 13093398



CALLE: JOSE CLEMENTE OROZCO MZ 17 LT 18, CAMPIÑAS DE ARAGÓN, ECATEPEC DE MORELOS.
TEL: 5523153410

Favor de justificar inasistencia de los
días 19 al 23 de febrero del año
en curso.

(Gracias).



IPN

ESCUELA SUPERIOR DE COMPUTO
SERVICIO MEDICO



IPN

ESCUELA SUPERIOR DE COMPUTO
SERVICIO MEDICO