

UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
ESCUELA DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS
PROGRAMA DE INFORMÁTICA
CÁTEDRA DESARROLLO DE SOFTWARE

Proyecto No.1

Programación Avanzada en Web – 03101

Grupo No.1

Tutor: Norberth Brunner Agüero

Jonnathan Rojas Castillo

Cédula: 1-1720-0792

CeU: San José

8 de agosto de 2022

II CUATRIMESTRE 2022

Introducción

El presente trabajo consiste en un manual de usuario para el uso del sistema, el propósito de este manual es facilitar la comprensión del funcionamiento del sistema partiendo de los objetivos de este, este manual de usuario se dividirá en las siguientes secciones:

- Objetivos del sistema.
- Guía de uso.
- Sección de solución de problemas.

Objetivos del sistema

El sistema tiene como objetivo brindar una alternativa para la recopilación de información de enfermedades e inyecciones experimentales para la atención del COVID. Además, el sistema permite registrar la información del profesional médico que atiende a los pacientes, la información de la clínica donde está atendiendo el paciente (es opcional), así como también la información del paciente que está siendo atendido.

El sistema tiene la característica de enviar correos al médico, al paciente y a la clínica con los datos introducidos en aquellos pasos que requieran que se envíe un correo.

Guía de uso

1. Pantalla principal – Bienvenida:

Proyecto #1 3101 Pantalla Principal Proceso de Registro de efectos adversos (Pasos)

Bienvenido a la plataforma de registro de enfermedades e inyecciones experimentales para la atención de COVID.

Esta plataforma contiene 5 pasos:

Registro de efectos adversos Paso 1 - Datos del profesional medico

Registro de efectos adversos Paso 2 - Informacion de la clínica

Registro de efectos adversos Paso 3 - Informacion del paciente

Registro de efectos adversos Paso 4 - Informacion de inyecciones

Registro de efectos adversos fase 5 - Registrar efectos adversos

2. Proceso de Registro de Efectos Adversos Paso 1 – Datos del profesional Medico:

En esta sección el medico debe ingresar sus datos personales para ser registrado en la base de datos.

Registro de efectos adversos Paso 1 - Datos del profesional medico

Identificación Medico

Código de medico

Nombre completo de medico

Correo del medico

País del medico

Estado o provincia del medico

Guardar

En esta sección se debe validar que todos los campos contengan datos validos antes de poder enviar el formulario, quiere decir que no se puede guardar el formulario con los campos vacíos:

Registro de efectos adversos Paso 1 - Datos del profesional medico

Identificacion Medico

Debe incluir el numero de identificacion del medico.

Codigo de medico

Debe incluir el codigo del medico.

Nombre completo de medico

Debe incluir el nombre completo del medico.

Correo del medico

Debe incluir el correo del medico

Pais del medico

Debe incluir el pais de residencia del medico

Estado o provincia del medico

Debe incluir el estado o provincia de residencia del medico

Guardar

También se espera que el sistema valide si el correo electrónico del médico tiene un formato valido:

Registro de efectos adversos Paso 1 - Datos del profesional medico

Identificacion Medico

Codigo de medico

Nombre completo de medico

Correo del medico

Formato del correo invalido

Pais del medico

Estado o provincia del medico

Guardar

Si la información está completa y es válida el sistema debe registrar la información en la base de datos, enviar un correo al médico con los datos:

Datos del medico:

Identificacion:

56456565

Nombre completo:

Jon Rojas Castillo

Correo electronico:

jonrojascastillo@hotmail.com

Pais:

Costa Rica

Estado/Provincia:

San Jose

Y finalmente, debe redirigir al usuario al Paso 2 – Información de la clínica.

3. Registro de efectos adversos Paso 2 – Información de la clínica:

En esta sección el medico debe ingresar los datos de la clínica donde está atendiendo a los pacientes para que sea registrada en la base de datos.

Registro de efectos adversos Paso 2 - Informacion de la clinica

Nombre de la clinica

Cedula juridica

Numero telefonico de la clinica

Correo de la clinica

Pais de la clinica

Estado o provincia de la clinica

Distrito de la clinica

Sitio Web

Guardar

Saltar

En esta sección se debe validar que todos los campos contengan datos validos antes de poder enviar el formulario, quiere decir que no se puede guardar el formulario con los campos vacíos, en este formulario se excluye la validación del campo “Distrito de la clínica” ya que es opcional:

Registro de efectos adversos Paso 2 - Informacion de la clinica

Nombre de la clinica

Debe incluir el nombre completo de la clinica

Cedula juridica

Debe incluir el numero de cedula juridico de la clinica

Numero telefonico de la clinica

Debe incluir el numero telefonico de la clinica

Correo de la clinica

Debe incluir el correo de la clinica

Pais de la clinica

Debe incluir el pais de donde se encuentra la clinica

Estado o provincia de la clinica

Debe incluir el estado o provincia donde se encuentra la clinica

Distrito de la clinica

Sitio Web

Debe incluir el sitio web de la clinica

Guardar

Saltar

También se espera que el sistema valide si el correo electrónico de la clínica tiene un formato valido:

Registro de efectos adversos Paso 2 - Informacion de la clinica

Nombre de la clinica
Jimenez Nunez

Cedula juridica
34535445

Numero telefonico de la clinica
22243236

Correo de la clinica
testclinica.com

Formato del correo invalido

Pais de la clinica
Costa Rica

Estado o provincia de la clinica
San Jose

Distrito de la clinica
Guadalupe

Sitio Web
https://www.test.com|

Guardar

Saltar

También, se espera que el sistema valide si la dirección del sitio web de la clínica tiene un formato valido (debe incluir el protocolo https o http según corresponda):

Registro de efectos adversos Paso 2 - Informacion de la clinica

Nombre de la clinica
Jimenez Nunez

Cedula juridica
34535445

Numero telefonico de la clinica
22243236

Correo de la clinica
testclinica.com

Formato del correo invalido

Pais de la clinica
Costa Rica

Estado o provincia de la clinica
San Jose

Distrito de la clinica
Guadalupe

Sitio Web
www.test.com

El formato del sitio web es invalido

Guardar

Saltar

Si la información está completa y es válida el sistema debe registrar la información en la base de datos, enviar un correo al médico con los datos:

Datos de la clinica:

Nombre de la clinica:

Jimenez Nunez

Cedula Juridica:

34535445

País:

Costa Rica

Estado/Provincia:

San Jose

Distrito:

Guadalupe

Telefono de la administracion:

22243236

Correo de la clinica:

jonrojascastillo@hotmail.com

Sitio web de la clinica:



<https://www.test.com>

Nota: el usuario puede elegir si desea ingresar la información de la clínica, en caso de que no desee agregar dicha información puede hacer clic en “Saltar” y será redirigido al paso 3.

4. Registro de efectos adversos Paso 3 – Información del paciente:

En esta sección el medico debe ingresar los datos de la clínica donde está atendiendo a los pacientes para que sea registrada en la base de datos.

Registro de efectos adversos Paso 3 - Informacion del paciente

| | |
|--|---|
| Cedula | <input type="text"/> |
| Nombre del paciente | <input type="text"/> |
| Primer Apellido | <input type="text"/> |
| Segundo Apellido | <input type="text"/> |
| Fecha de Nacimiento | <input type="text" value="dd/mm/aaaa"/>  |
| Sexo Natural | <input type="text"/> |
| Numero de contacto | <input type="text"/> |
| Pais | <input type="text"/> |
| Provincia | <input type="text"/> |
| Distrito (opcional) | <input type="text"/> |
| Estado Civil | <input type="text"/> |
| Numero del paciente | <input type="text"/> |
| Correo del paciente | <input type="text"/> |
| Fecha de registro | <input type="text" value="dd/mm/aaaa"/>  |
| Ocupacion del paciente | <input type="text"/> |
| <input type="button" value="Guardar"/> | |

En esta sección se debe validar que todos los campos contengan datos validos antes de poder enviar el formulario, quiere decir que no se puede guardar el formulario con los campos vacíos, en este formulario se excluye la validación del campo “Distrito” ya que es opcional:

Registro de efectos adversos Paso 3 - Informacion del paciente

Cedula

Debe incluir el numero de cedula del paciente

Nombre del paciente

Debe incluir el nombre del paciente

Primer Apellido

Debe incluir el primer apellido del paciente

Segundo Apellido

Debe incluir el primer apellido del paciente

Fecha de Nacimiento

Debe incluir la fecha de nacimiento

Sexo Natural

Debe incluir el sexo natural del paciente

Numero de contacto

Debe incluir el numero telefonico de un contacto paciente

País

Debe incluir el país de donde reside el paciente

Provincia

Debe incluir la provincia donde reside el paciente

Distrito (opcional)

Estado Civil

Debe incluir el estado civil del paciente


Numero del paciente

Debe incluir el numero telefonico del paciente

Correo del paciente

Debe incluir el correo del paciente

Fecha de registro

Debe incluir la fecha del registro de informacion

Ocupacion del paciente

Debe incluir la ocupacion del cliente

[Guardar](#)

También se espera que el sistema valide si el correo electrónico de la clínica tiene un formato valido:

Registro de efectos adversos Paso 3 - Informacion del paciente

| | |
|-----------------------------|--------------|
| Cedula | 00000000 |
| Nombre del paciente | Oscar |
| Primer Apellido | Perez |
| Segundo Apellido | Mejias |
| Fecha de Nacimiento | 16/07/1994 |
| Sexo Natural | Masculino |
| Numero de contacto | 88346455 |
| Pais | Costa Rica |
| Provincia | San Jose |
| Distrito (opcional) | San Pedro |
| Estado Civil | Soltero |
| Numero del paciente | 67898844 |
| Correo del paciente | jon.test.com |
| Formato del correo invalido | |
| Fecha de registro | 29/07/2022 |
| Ocupacion del paciente | ingeniero |
| Guardar | |

Una vez completado el formulario, el sistema deberá enviar un correo con la información al paciente:

Identificación:

00000000

Nombre del paciente:

Oscar

Primer Apellido:

Mejias

Segundo Apellido:

Perez

Fecha de nacimiento:

1994-06-26

Sexo Natural:

Masculino

Numero de contacto del paciente:

88523674

País:

Costa Rica

Finalmente, el sistema de redirigir al usuario al paso 4.

5. Registro de efectos adversos Paso 4 – Información del paciente:

En esta sección el medico debe ingresar los datos de la clínica donde está atendiendo a los pacientes para que sea registrada en la base de datos.

Registro de efectos adversos Paso 4 - Informacion de inyecciones

Nombre de inoculo

Marca

Fecha de aplicacion - Primera dosis

Fecha de aplicacion - Segunda dosis

Numero de lote

Fecha de vencimiento

Lugar de Aplicacion

Observaciones

¿Ha tenido COVID previo a inyectarse?

¿Ha tenido sospecha de haber tenido COVID antes de ponerte la inyección ?

¿Ha tenido COVID después de tomar la inyección?

¿Razón de inyectarse contra COVID?

¿Estaba embarazada al inyectarse contra COVID?

¿Ha tenido reacciones a vacunas en el pasado?

Especifique las reacciones a vacunas en el pasado

Medicamentos actuales con receta: enumere todos los medicamentos y las dosis.

Nuevos medicamentos recetados que tuvieron que ser iniciados después de la(s) inyección(es) de COVID

Guardar

En esta sección se debe validar que todos los campos contengan datos validos antes de poder enviar el formulario, quiere decir que no se puede guardar el formulario con los campos vacíos:

Registro de efectos adversos Paso 4 - Informacion de inyecciones


Nombre de inculo

Debe incluir el nombre del inculo

Marca

Debe incluir el nombre de la marca

Fecha de aplicacion - Primera dosis

Debe incluir la fecha de aplicacion de la primera dosis

Fecha de aplicacion - Segunda dosis

Debe incluir la fecha de aplicacion de la segunda dosis

Numero de lote

Debe incluir el numero de lote

Fecha de vencimiento

Debe incluir la fecha de vencimiento

Lugar de Aplicacion

Debe incluir el lugar de aplicacion

Observaciones

Debe incluir observaciones generales

¿Ha tenido COVID previo a inyectarse?

Informacion requerida

¿Ha tenido sospecha de haber tenido COVID antes de ponerte la inyección ?

Informacion requerida

¿Ha tenido COVID después de tomar la inyección?

Informacion requerida

¿Razón de inyectarse contra COVID?

Informacion requerida

¿Estaba embarazada al inyectarse contra COVID?

The ¿Estaba embarazada al inyectarse contra COVID? field is required.

¿Ha tenido reacciones a vacunas en el pasado?

Informacion requerida

Especifique las reacciones a vacunas en el pasado

Informacion requerida

Medicamentos actuales con receta: enumere todos los medicamentos y las dosis.

Informacion requerida

Nuevos medicamentos recetados que tuvieron que ser iniciados después de la(s) inyección(es) de COVID

Informacion requerida

Este paso no requiere que se envíe un correo, por ende, al completar el formulario el usuario es redirigido al paso 5 y ultimo.

6. Registro de efectos adversos Paso 5 - Registrar efectos adversos y registro de dato:

En esta sección el medico debe ingresar los datos de la clínica donde está atendiendo a los pacientes para que sea registrada en la base de datos.

Registro de efectos adversos Paso 5 - Registrar efectos adversos y registro de datos

Nombre del medico:

Correo del medico:

Nombre del paciente:

Correo del paciente:

Efecto(s) adverso(s)

Visita al médico o a la consulta de otro profesional de la salud ☐

Visita a la sala de emergencias o al centro de atención urgente ☐

Hospitalización ☐

Hospitalización prolongada (inyección de COVID recibida en el hospital) ☐

Enfermedad que pone en peligro la vida ☐

Incapacidad o daño permanente ☐

Paciente fallecido ☐

Anomalia congénita o defecto de nacimiento ☐

Aborto espontáneo o nacimiento sin vida ☐

Ninguna de las anteriores ☐

¿Se mantiene los síntomas?

¿Alergias conocidas?

Medicamentos ☐

Polietilenglico ☐

Alimentos ☐

Medio ambiente ☐

Otros ☐

Descripción de alergias conocidas.

Nuevas enfermedades desde su inyección de COVID

Enfermedad de Addison ☐

Alergias ☐

Arritmias ☐

Fibrilación auricular ☐

Vasculitis autoinmune ☐

Parálisis de Bell (parálisis facial) ☐

Bronquitis ☐

Cáncer ☐

Enfermedad celíaca ☐

Enfermedad renal crónica ☐

Insuficiencia cardíaca congestiva ☐

Enfermedad de Crohn ☐

TVP (coágulos de sangre) ☐

Diabetes ☐

Encefalitis ☐

Epilepsia ☐

Enfermedades del corazón ☐

Herpes tipo 1 ☐

Herpes tipo 2 ☐

VIH ☐

Hipertensión ☐

Enfermedad inflamatoria intestinal ☐

Enfermedad renal aguda ☐

Enfermedad hepática ☐

Lupus ☐

Aborto espontáneo ☐

Esclerosis múltiple ☐

Miastenia gravis ☐

Infarto de miocardio ☐

Miocarditis ☐

Osteoartritis ☐

Pericarditis ☐

Anemia perniciosa ☐

Neumonía ☐

Parto prematuro ☐

Psoriasis ☐

Artritis psoriásica ☐

Embolia pulmonar ☐

Artritis reumatoide ☐

Herpes zóster ☐

Síndrome de Sjögren ☐

Nacimiento sin vida ☐

Accidente cerebrovascular ☐

Ataques isquémicos transitorios ☐

Trastorno de la tiroides ☐

Colitis ulcerosa ☐

Especifique otras condiciones

¿Si ha desarrollado un nuevo cáncer o la reaparición de un cáncer existente después de la inyección de COVID, especifique el tipo de cáncer ?

¿Desde la inyección de COVID, ha tenido alguno de los siguientes síntomas ?

Síntomas de COVID o Enfermedad de COVID ☐

Disminución del bienestar ☐

Disminución del estado de salud ☐

Fatiga extrema ☐

Incapacidad para participar en actividades rutinarias ☐

Pérdida de energía ☐

Dolor inexplicable ☐

Debilidad ☐

Fiebre inexplicable ☐

Sensaciones corporales inexplicables ☐

Sudores nocturnos ☐

Sofocos ☐

Intolerancia al frío ☐

Intolerancia al calor ☐

Sensibilidad a los cambios de temperatura ☐

Cambio en la capacidad de caminar ☐

Cambio en el pensamiento ☐

Ya no me siento como antes ☐

Aumento de peso inexplicable ☐

Pérdida de peso inexplicable ☐

Sueño fragmentado ☐

No puedo dormir ☐

Insomnio ☐

Guardar

En esta sección se debe validar que todos los campos contengan datos validos antes de poder enviar el formulario, quiere decir que no se puede guardar el formulario con los campos vacíos:

Registro de efectos adversos Paso 5 - Registrar efectos adversos y registro de datos

Nombre del medico:

El nombre del medico no puede estar vacío

Correo del medico:

El correo del medico no puede estar vacío

Nombre del paciente:

El nombre del paciente no puede estar vacío

Correo del paciente:

El correo del paciente no puede estar vacío

Efecto(s) adverso(s)

Visita al médico o a la consulta de otro profesional de la salud ☐

Visita a la sala de emergencias o al centro de atención urgente ☐

Hospitalización ☐

Hospitalización prolongada (inyección de COVID recibida en el hospital) ☐

Enfermedad que pone en peligro la vida ☐

Incapacidad o daño permanente ☐

Paciente fallecido ☐

Anomalia congénita o defecto de nacimiento ☐

Aborto espontáneo o nacimiento sin vida ☐

Ninguna de las anteriores ☐

¿Se mantiene los síntomas?

Información requerida

¿Alergias conocidas?

Medicamentos ☐

Polietilenglicol ☐

Alimentos ☐

Medio ambiente ☐

Otros ☐

Descripción de alergias conocidas.

Información requerida

En esta sección se debe validar que todos los campos contengan datos validos antes de poder enviar el formulario, quiere decir que no se puede guardar el formulario con los campos vacíos:

Nuevas enfermedades desde su inyección de COVID

Enfermedad de Addison ☐

Alergias ☐

Arritmias ☐

Fibrilación auricular ☐

Vasculitis autoinmune ☐

Parálisis de Bell (parálisis facial) ☐

Bronquitis ☐

Cáncer ☐

Enfermedad celiaca ☐

Enfermedad renal crónica ☐

Insuficiencia cardíaca congestiva ☐

Enfermedad de Crohn ☐

TVP (coágulos de sangre) ☐

Diabetes ☐

Encefalitis ☐

Epilepsia ☐

Enfermedades del corazón ☐

Herpes tipo 1 ☐

Herpes tipo 2 ☐

VIIH ☐

Hipertensión ☐

Enfermedad inflamatoria intestinal ☐

Enfermedad renal aguda ☐

Enfermedad hepática ☐

Lupus ☐

Aborto espontáneo ☐

Esclerosis múltiple ☐

Miastenia gravis ☐

Infarto de miocardio ☐

Miocarditis ☐

Osteoartritis ☐

Pericarditis ☐

Anemia perniciosa ☐

Neumonía ☐

Parto prematuro ☐

Psoriasis ☐

Artritis psoriásica ☐

Embolia pulmonar ☐

Artritis reumatoide ☐

Herpes zóster ☐

Síndrome de Sjögren ☐

Nacimiento sin vida ☐

Accidente cerebrovascular ☐

Ataques isquémicos transitorios ☐

Trastorno de la tiroides ☐

Colitis ulcerosa ☐

Especifique otras condiciones

Información requerida

¿Si ha desarrollado un nuevo cáncer o la reaparición de un cáncer existente después de la inyección de COVID, especifique el tipo de cáncer ?

Información requerida

¿Desde la inyección de COVID, ha tenido alguno de los siguientes síntomas ?

Síntomas de COVID o Enfermedad de COVID ☐

Disminución del bienestar ☐

Disminución del estado de salud ☐

Fatiga extrema ☐

Incapacidad para participar en actividades rutinarias ☐

Pérdida de energía ☐

Dolor inexplicable ☐

Debilidad ☐

Fiebre inexplicable ☐

Sensaciones corporales inexplicables ☐

Sudores nocturnos ☐

Sofocos ☐

Intolerancia al frío ☐

Intolerancia al calor ☐

Sensibilidad a los cambios de temperatura ☐

Cambio en la capacidad de caminar ☐

Cambio en el pensamiento ☐

Ya no me siento como antes ☐

Aumento de peso inexplicable ☐

Pérdida de peso inexplicable ☐

Sueño fragmentado ☐

No puedo dormir ☐

Insomnio ☐

[Guardar](#)

Finalmente, el sistema debe enviar un reporte por correo tanto al médico, como al paciente y redirige el usuario a la Pantalla Principal:

Datos del medico:

Nombre del medico:

jon

Correo electronico:

jonrojascastillo@hotmail.com

Datos del paciente:

Nombre del paciente:

Andrez Zuniga Umana

Correo electronico:

jonuzu41@gmail.com

Reporte de efectos del paciente:

Efectos adversos:

Visita al m?dico o a la consulta de otro profesional de la salud, Visita a la sala de emergencias o al centro de atenci?n urgente

Converva los sintomas?:

No

Alergias:

Solución de problemas

En esta sección se brindará algunas sugerencias para la solución de problemas que pueden encontrarse al utilizar el sistema.

1. **Correos en bandeja de SPAM:** este sistema enviará correos en los pasos 1,2,3 y 5, en caso de que los correos no se puedan visualizar en la carpeta principal de correos se deberá revisar la carpeta de SPAM o Correo no deseado.

Por lo general, si los correos llegan a esta carpeta es debido a la configuración de las reglas de SPAM de los usuarios, por ende, deberán validar que los correos no incumplan con las reglas configuradas por los usuarios en sus correos.