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 atencion 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 clinica

Registro de efectos adversos Paso 3 - Informacion del paciente

Registro de efectos adversos Paso 4 - Informacion de inyecciones

Registro de efectos adversos Paso 5 - Registra efectos adversos

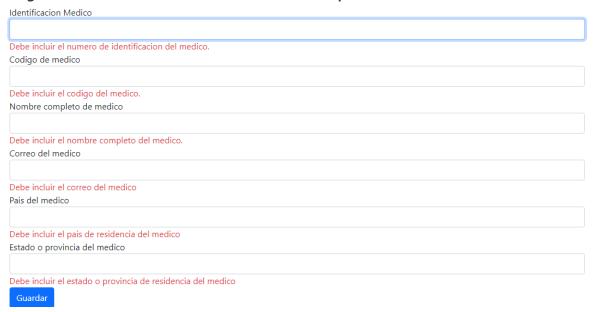
Proceso de Registro de Efectos Adversos Paso 1 – Datos del profesional Medico:

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 Identificacion Medico Codigo de medico Nombre completo de medico Correo del medico Pais del medico Estado o provincia del medico

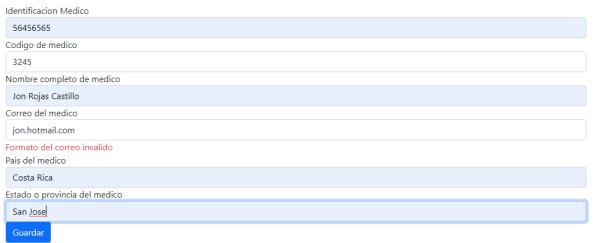
En esta sección se debe validar que todos los campos contengan datos validos antes de poder enviar el formulario, quiere decir que no se puede guardar el formulario con los campos vacíos:

Registro de efectos adversos Paso 1 - Datos del profesional medico



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



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



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

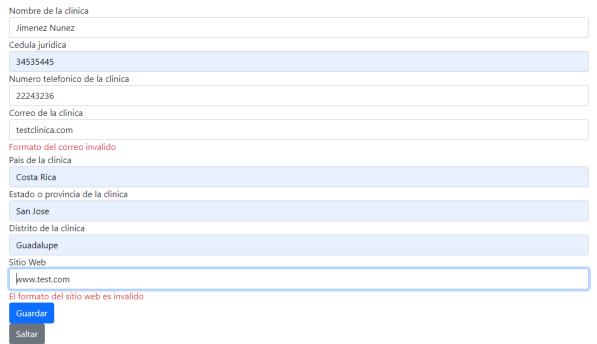
También se espera que el sistema valide si el correo electrónico de la clínica tiene un formato valido:

Registro de efectos adversos Paso 2 - Informacion de la clinica

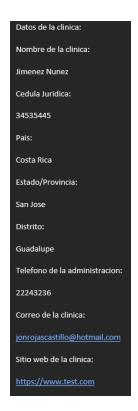


También, se espera que el sistema valide si la dirección del sitio web de la clínica tiene un formato valido (debe incluir el protocolo https o http según corresponda):

Registro de efectos adversos Paso 2 - Informacion de la clinica



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:



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:

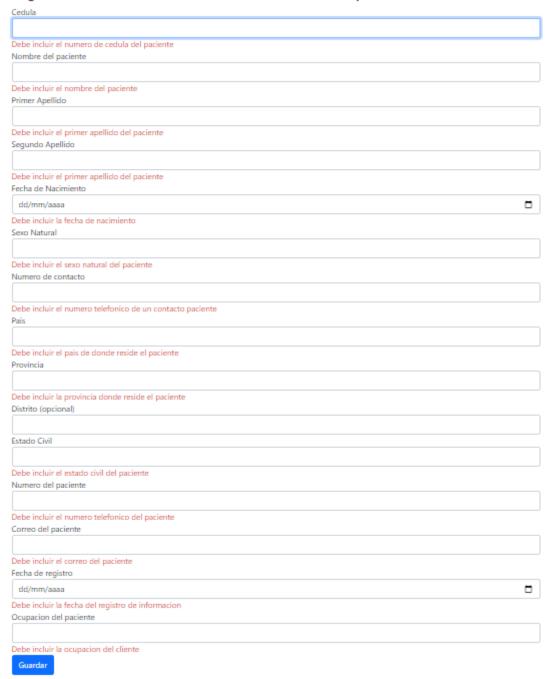
En esta sección el medico debe ingresar los datos de la clínica donde está atendiendo a los pacientes para que sea registrada en la base de datos.

Registro de efectos adversos Paso 3 - Informacion del paciente

Cedula	
Nombre del paciente	
Primer Apellido	
Segundo Apellido	
Fecha de Nacimiento	
dd/mm/aaaa	•
Sexo Natural	
Numero de contacto	
Pais	
Provincia	
Distrito (opcional)	
Estado Civil	
Numero del paciente	
Correo del paciente	
Forther the consistence	
Fecha de registro	
dd/mm/aaaa	
Ocupacion del paciente	
Guardan	

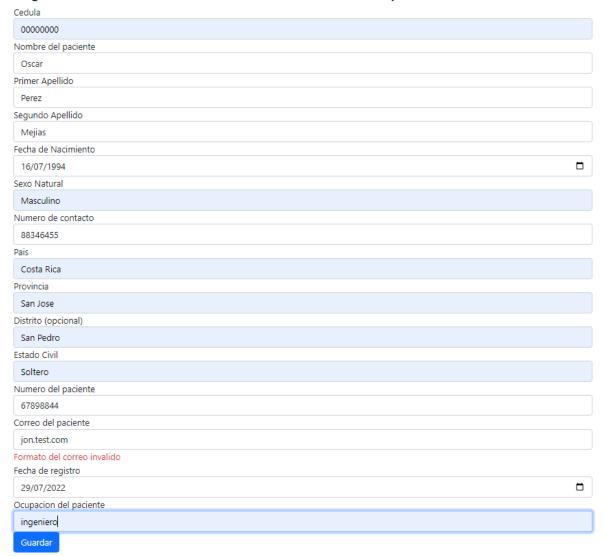
En esta sección se debe validar que todos los campos contengan datos validos antes de poder enviar el formulario, quiere decir que no se puede guardar el formulario con los campos vacíos, en este formulario se excluye la validación del campo "Distrito" ya que es opcional:

Registro de efectos adversos Paso 3 - Informacion del paciente



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



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

Identificacion:
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
Pais:
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	
dd/mm/aaaa	
Fecha de aplicacion - Segunda dosis	
dd/mm/aaaa	
Numero de lote	
Carlos de consissionés	
Fecha de vencimiento	
dd/mm/aaaa	
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 inoculo	
Debe incluir el nombre del inoculo	
Marca	
Debe incluir el nombre de la marca	
Fecha de aplicacion - Primera dosis	
dd/mm/asaa	
Debe incluir la fecha de aplicacion de la primera dosis	
Fecha de aplicacion - Segunda dosis	
dd/mm/asaa	
Debe incluir la fecha de aplicacion de la segunda dosis	
Numero de lote	
Debe incluir el numero de late	
Fecha de vencimiento	
dd/mm/asaa	
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: 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 sintomas? ¿Alergias conocidas? Medicamentos□ Polietilenglico□ Alimentos□ Medio ambiente□ Otros Descripción de alergias conocidas.

Enfermedad de Addison□ Alergias□ Arritmias□ Fibrilación auricular Vasculitis autoinmune□ Parálisis de Bell (parálisis facial)□ Bronquitis□ Cáncer□ Enfermedad celiaca□ Enfermedad renal crónica□ Insuficiencia cardiaca congestiva Enfermedad de Crohn□ TVP (coágulos de sangre)□ Diabetes□ Encefalitis□ **Epilepsia**□ Enfermedades del corazón□ Herpes tipo 1□ Herpes tipo 2□ VIHD Hipertensión□ Enfermedad inflamatoria intestinal Enfermedad renal aguda□ Enfermedad hepática□ Lupus Aborto espontáneo□ Esclerosis múltiple□ Miastenia gravis□ Infarto de miocardio□ Miocarditis□ Osteoartritis. Pericarditis ... Anemia perniciosa□ Neumonia□ Parto prematuro□ Psoriasis□ Artritis psoriásica□ Embolia pulmonar□ Artritis reumatoide□ Herpes zóster□ Sindrome de Sjogren□ Nacimiento sin vida□ Accidente cerebrovascular□ Ataques isquémicos transitorios□ Trastomo de la tiroides□ Colitis ulcerosa□

Nuevas enfermedades desde su inyección de COVID

Especifique otras condiciones

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

```
¿Desde la inyección de COVID, ha tenido alguno de los siguientes sintomas ?
Sintomas de COVID o Enfermedad de COVID□
Disminución del bienestar□
Disminución del estado de salud□
Fatiga extrema□
Incapacidad para participar en actividades rutinarias
Pérdida de energia□
Dolor inexplicable□
Debilidad□
Fiebre inexplicable□
Sensaciones corporales inexplicables□
Sudores nocturnos□
Sofocos□
Intolerancia al frio
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 vacio
Correo del medico:
El correo del medico no puede estar vacio
Nombre del paciente:
El nombre del paciente no puede estar vacio
Correo del paciente:
El correo del paciente no puede estar vacio
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 sintomas?
Informacion requerida
¿Alergias conocidas?
Medicamentos□
Polietilenglico□
Alimentos□
Medio ambiente□
Otros□
Descripción de alergías conocidas.
Informacion requesida

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:

Enfermedad de Addison□
Alergias
Arritmias□
Fibrilación auricular
Vasculitis autoinmune
Parálisis de Bell (parálisis facial)□
Bronquitis□
Cancer
Enfermedad celiaca
Enfermedad renal crónica□
Insuficiencia cardiaca congestiva.
Enfermedad de Crohn□
TVP (coágulos de sangre)□
Diabetes
Encefalitis□
Epilepsia□
Enfermedades del corazón□
Herpes tipo 1□
Herpes tipo 2□
VIHO
Hipertension□
Enfermedad inflamatoria intestinal
Enfermedad renal aguda□
Enfermedad hepática 🗆
LupusD
Aborto espontáneo□
Esclerosis múltiple□
Miastenia gravis 🗆
Infanto de miocardio□
Micarditis 🗆
Osteoartritis
Pericarditis□
Anemia perniciosa□
Neumonia□
Parto prematuro□
Psoriasis —
Artritis psoriásica 🗆
Embolia pulmonar□
Artritis reumatoide□
Herpes zóster□
Sindrome de Sjogren□
Nacimiento sin vida
Accidente cerebrovascular
Ataques isquémicos transitorios
Trastorno de la trioides
Colitis ulcerosa
Especifique otras condiciones
Especinque otras condiciones
Informacion 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 ?

Informacion requerida

Nuevas enfermedades desde su inyección de COVID

¿Desde la inyección de COVID, ha tenido alguno de los siguientes sintomas ?
Sintomas de COVID o Enfermedad de COVID□
Disminución del bienestar□
Disminución del estado de salud□
Fatiga extrema□
Incapacidad para participar en actividades rutinarias□
Pérdida de energia□
Dolor inexplicable□
Debilidad□
Fiebre inexplicable□
Sensaciones corporales inexplicables□
Sudores nocturnos□
Sofocos□
Intolerancia al frio□
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.

 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 beberá 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.