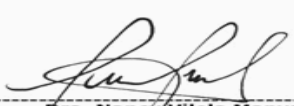
		<b>CERTIFICADO DE PRUEBAS RÁPIDAS COVID-19</b> <b>Formulario F100(RM-183-2020-MINSA)</b>				Versión: 02		
FORM.SL-F127						18/09/2020		
Centro médico		----		Ciudad	Lima		Fecha	18/09/2020
Empleado	Backus		Emp	UNIÓN DE CERVECERÍAS PERUANAS BAC		Sede	PLANTA - ATE	
<b>1. DATOS GENERALES</b>								
1.1 Tipo Doc		1.2 Nro Documento		1.3 Apellido paterno		1.4 Apellido materno		1.5 Nombres
DNI		09066765		DAMASO		TAPIA		JOSE
1.6 Edad		1.7 Sexo		1.8 Celular		1.9 Otro teléfono		1.10 Domicilio o residencia
53		Masculino		9878979		X		Domicilio
								Hospedaje actual
1.11 Dirección donde reside actualmente (verificado)				1.12 Departamento/Provincia/Distrito				
jhkhjkhjkh				--				
<b>2. DATOS ESPECÍFICOS E INFORMACIÓN DE VIAJE Y/O EXPOSICIÓN EN LOS 14 DÍAS PREVIOS</b>								
2.1 ¿El paciente cumple alguna condición de riesgo?								
<input checked="" type="checkbox"/> Mayor de 65 años		<input type="checkbox"/> Diabetes		<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica		<input type="checkbox"/> Cáncer		
<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial		<input type="checkbox"/> Obesidad IMC >40		<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica		<input type="checkbox"/> Embarazo o puerperio		
<input type="checkbox"/> Enf cardiovasculares		<input checked="" type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Enf o tratamiento inmunosupresor		<input type="checkbox"/> Personal del salud		
2.2 ¿Es personal de salud? (Marcar)				2.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)			14/09/2020	
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				2.6 Marque los síntomas que presente				
2.3 ¿Cuál es su profesión?				<input type="checkbox"/> Tos			<input type="checkbox"/> Fiebre/ Escalofrío	
<input checked="" type="checkbox"/> Médico				<input type="checkbox"/> Dolor de garganta			<input type="checkbox"/> Cefaléa	
<input type="checkbox"/> Tecg Médico				<input type="checkbox"/> Congestion nasal			<input type="checkbox"/> Irritación/confusión	
<input type="checkbox"/> Enfermero (a)				<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria			<input type="checkbox"/> Dolor	
<input type="checkbox"/> Obstetra				<input type="checkbox"/> Nauseas / vómitos			<input type="checkbox"/> Expectoración	
<input type="checkbox"/> Otros				<input type="checkbox"/> Biólogo				
2.4 ¿Tiene síntomas? (marca)				2.7 Tipo de dolor que presenta				
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				<input type="checkbox"/> Muscular			<input type="checkbox"/> Abdominal	
				<input type="checkbox"/> Pecho			<input type="checkbox"/> Articuciones	
2.9 Clasificación clínica de severidad				2.8 Otros síntomas(especificar)				
<input type="checkbox"/> Leve				<input checked="" type="checkbox"/> Moderado			<input type="checkbox"/> Severa	
<b>3. DATOS DE LA PRUEBA RÁPIDA</b>								
3.1 Procedencia de la solicitud de diagnóstico								
<input checked="" type="checkbox"/> Llamada al 113		<input type="checkbox"/> Personal de salud		<input type="checkbox"/> Contacto con caso sospechoso		<input type="checkbox"/> Otro priorizado		
<input type="checkbox"/> Prueba en establecimiento de salud		<input type="checkbox"/> Contacto en caso confirmado		<input type="checkbox"/> Persona proveniente del extranjero				
3.3 Resultado de la prueba rápida						Fotografía de la prueba rápida		
<input type="checkbox"/> Negativo		<input type="checkbox"/> IgM Positivo		<input checked="" type="checkbox"/> IgM e IgG positivo				
<input type="checkbox"/> No válido		<input type="checkbox"/> IgG Positivo						
3.4 (En caso el resultado de prueba rápida es no válido) Resultado de la segunda prueba rápida						Fotografía de la prueba rápida		
<input type="checkbox"/> Negativo		<input type="checkbox"/> IgM Positivo		<input type="checkbox"/> IgM e IgG positivo				
<input type="checkbox"/> No válido		<input type="checkbox"/> IgG Positivo						
3.5 Profesional quien realiza la prueba:								
<b>4. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN</b>								
4.1 ¿Se aplicará PCR? (Requiere llenar ficha 200. Investigación epidemiológica)								
4.2 De acuerdo a las situaciones clínica del paciente, ¿qué seguimiento procede?								
<input type="checkbox"/> Repartir prueba en 7 días		<input type="checkbox"/> Seguimiento clínico presencial c/72h y remota c/24h		<input type="checkbox"/> Seguimiento clínico remoto cada 24 horas		<input type="checkbox"/> Traslado al hospital		<input type="checkbox"/> Traslado al hospital UCI
4.3 ¿Desea añadir alguna observación?								
Firma y Sello del médico responsable				 Dra. Nancy Vilela Manyari MAESTRIA EN SALUD OCUPACIONAL MEDICO AUDITOR CMP 42838 RNA A01142				