
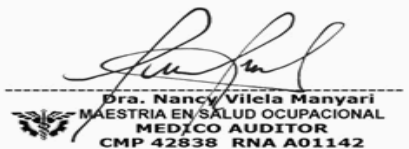


| | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|---|--|
|  | | CERTIFICADO DE PRUEBAS RÁPIDAS COVID-19 Formulario F100(RM-183-2020-MINSA) | | | | Versión: 02 | |
| FORM.SL-F127 | | | | | | 18/09/2020 | |
| Centro médico | | ---- | | Ciudad | | Lima | |
| Empleado | | Backus | | Emp | | UNIÓN DE CERVECERÍAS PERUANAS BAC | |
| | | | | Sede | | PLANTA - ATE | |
| 1. DATOS GENERALES | | | | | | | |
| 1.1 Tipo Doc | | 1.2 Nro Documento | | 1.3 Apellido paterno | | 1.4 Apellido materno | |
| DNI | | 08024765 | | MELGAREJO | | ESCOBAR | |
| 1.5 Nombres | | LUIS ALBERTO | | | | | |
| 1.6 Edad | | 1.7 Sexo | | 1.8 Celular | | 1.9 Otro teléfono | |
| 58 | | Masculino | | 9878979 | | <input checked="" type="checkbox"/> Domicilio | |
| | | | | | | Hospedaje actual | |
| 1.11 Dirección donde reside actualmente (verificado) | | | | 1.12 Departamento/Provincia/Distrito | | | |
| aaaaaaa | | | | -- | | | |
| 2. DATOS ESPECÍFICOS E INFORMACIÓN DE VIAJE Y/O EXPOSICIÓN EN LOS 14 DÍAS PREVIOS | | | | | | | |
| 2.1 ¿El paciente cumple alguna condición de riesgo? | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Mayor de 65 años | | <input type="checkbox"/> Diabetes | | <input 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 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) | | | |
| <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | | | | | | |
| 2.3 ¿Cuál es su profesión? | | | | 2.6 Marque los síntomas que presente | | | |
| <input type="checkbox"/> Médico | | <input type="checkbox"/> Tecg Médico | | <input type="checkbox"/> Tos | | <input type="checkbox"/> Fiebre/ Escalofrío | |
| <input type="checkbox"/> Enfermero (a) | | <input type="checkbox"/> Téc enfermería | | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | | <input type="checkbox"/> Malestar general | |
| <input type="checkbox"/> Obstetra | | <input checked="" type="checkbox"/> Otros | | <input type="checkbox"/> Congestion nasal | | <input type="checkbox"/> Diarrea | |
| <input type="checkbox"/> Biólogo | | | | <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria | | <input type="checkbox"/> Nauseas / vómitos | |
| 2.4 ¿Tiene síntomas? (marca) | | | | 2.7 Tipo de dolor que presenta | | | |
| <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | | | <input type="checkbox"/> Muscular <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Articulaiones | | | |
| | | | | 2.8 Otros síntomas(especificar) | | | |
| 2.9 Clasificación clínica de severidad | | | | <input checked="" type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severa | | | |
| 3. DATOS DE LA PRUEBA RÁPIDA | | | | | | | |
| 3.1 Procedencia de la solicitud de diagnóstico | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Llamada al 113 | | <input type="checkbox"/> Personal de salud | | <input type="checkbox"/> Contacto con caso sospechoso | | <input checked="" 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 checked="" 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 | | | | | |
| 3.4 (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: | | | | | | | |
| 4. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN | | | | | | | |
| 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 | | | |  | | | |