

		<b>CERTIFICADO DE PRUEBAS RÁPIDAS COVID-19</b> <b>Formulario F100(RM-183-2020-MINSA)</b>				Versión: 02	
FORM.SL-F127						23/09/2020	
Centro médico		----		Ciudad		Lima	
Empleado		Emp		PERU LNG S.R.L		Sede LIMA	
<b>1. DATOS GENERALES</b>							
1.1 Tipo Doc		1.2 Nro Documento		1.3 Apellido paterno		1.4 Apellido materno	
DNI		12321234		VALLE		PAREDES	
1.5 Nombres		xxxx					
1.6 Edad		1.7 Sexo		1.8 Celular		1.9 Otro teléfono	
60		Femenino		1234566789		X	
1.10 Domicilio o residencia		Domicilio		Hospedaje actual			
1.11 Dirección donde reside actualmente (verificado)				1.12 Departamento/Provincia/Distrito			
lejos				--			
<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 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)		30/09/2020	
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input 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 checked="" type="checkbox"/> Enfermero (a)		<input type="checkbox"/> Téc enfermería		<input checked="" type="checkbox"/> Dolor de garganta		<input checked="" type="checkbox"/> Malestar general	
<input type="checkbox"/> Obstetra		<input type="checkbox"/> Otros		<input type="checkbox"/> Congestión nasal		<input type="checkbox"/> Diarrea	
<input type="checkbox"/> Biólogo				<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria		<input type="checkbox"/> Náuseas / vómitos	
2.7 Tipo de dolor que presenta				<input type="checkbox"/> Cefaléa			
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				<input checked="" type="checkbox"/> Irritación/confusión			
2.8 Otros síntomas(especificar)				<input type="checkbox"/> Dolor			
2.9 Clasificación clínica de severidad				<input type="checkbox"/> Expectoración			
<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 type="checkbox"/> Llamada al 113		<input checked="" 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 checked="" 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:							
<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							