



|  |  |   |  |   |  |   |  |
|--|--|---|--|---|--|---|--|
|                 |  | <b>CERTIFICADO DE PRUEBAS RÁPIDAS COVID-19</b><br><b>Formulario F100(RM-183-2020-MINSA)</b> |  |   |  | Versión: 02                                       |  |
| FORM.SL-F127   |  |   |  |   |  | 23/09/2020  |  |
| Centro médico  |  | ----  |  | Ciudad  |  | Lima  |  |
| Empleado   |  | R & M DISTRIBUCIONES E.I.R.L.   |  | 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  |  | 74292284  |  | Abae  |  | Vargas  |  |
| 1.5 Nombres  |  |   |  |   |  | Jair  |  |
| 1.6 Edad   |  | 1.7 Sexo  |  | 1.8 Celular   |  | 1.9 Otro teléfono                                 |  |
| 20   |  | Masculino   |  | 1234566789  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Domicilio     |  |
|  |  |   |  |   |  | Hospedaje actual                                  |  |
| 1.11 Dirección donde reside actualmente (verificado)   |  |   |  | 1.12 Departamento/Provincia/Distrito  |  |   |  |
| aaaaaaa  |  |   |  | --  |  |   |  |
| <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 checked="" type="checkbox"/> Cáncer        |  |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial   |  | <input type="checkbox"/> Obesidad IMC >40   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica   |  | <input type="checkbox"/> Embarazo o puerperio     |  |
| <input type="checkbox"/> Enf cardiovasculares  |  | <input type="checkbox"/> Asma   |  | <input checked="" 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)  |  | 07/10/2020  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                             |  |   |  |   |  |   |  |
| 2.3 ¿Cuál es su profesión?   |  |   |  | 2.6 Marque los síntomas que presente  |  |   |  |
| <input checked="" 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 type="checkbox"/> Otros  |  | <input type="checkbox"/> Congestion nasal   |  | <input type="checkbox"/> Diarrea                  |  |
| <input type="checkbox"/> Biólogo   |  |   |  | <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria  |  | <input type="checkbox"/> Náuseas / vómitos        |  |
| 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"/> Articulaciones   |  |   |  |
|  |  |   |  | 2.8 Otros síntomas(especificar)   |  |   |  |
| 2.9 Clasificación clínica de severidad   |  |   |  | <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 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:   |  |   |  |   |  |   |  |
| <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   |  |   |  | <br><b>Dra. Nancy Vilela Manyari</b><br>MAESTRIA EN SALUD OCUPACIONAL<br>MEDICO AUDITOR<br>CMP 42838 RNA A01142 |  |   |  |