

		CERTIFICADO DE PRUEBAS RÁPIDAS COVID-19 Formulario F100(RM-183-2020-MINSA)				Versión: 02	
FORM.SL-F127						23/09/2020	
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		07307228		PALOMINO		HUAMANTINCO	
1.5 Nombres		MAUWILFREDO					
1.6 Edad		1.7 Sexo		1.8 Celular		1.9 Otro teléfono	
58		Masculino		1234566789		X	
				Domicilio		Hospedaje actual	
1.11 Dirección donde reside actualmente (verificado)				1.12 Departamento/Provincia/Distrito			
sdfsdfsdfs				--			
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)		23/09/2020	
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO				2.6 Marque los síntomas que presente			
2.3 ¿Cuál es su profesión?				<input checked="" type="checkbox"/> Tos			
<input type="checkbox"/> Médico		<input type="checkbox"/> Tecg Médico		<input checked="" type="checkbox"/> Fiebre/ Escalofrío		<input checked="" type="checkbox"/> Cefaléa	
<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 checked="" type="checkbox"/> Congestión nasal		<input checked="" type="checkbox"/> Diarrea	
<input type="checkbox"/> Biólogo				<input checked="" type="checkbox"/> Dificultad respiratoria		<input checked="" type="checkbox"/> Náuseas / 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"/> Articulaciones			
				2.8 Otros síntomas(especificar)			
2.9 Clasificación clínica de severidad				<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input checked="" type="checkbox"/> Severa			
3. DATOS DE LA PRUEBA RÁPIDA							
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 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:							
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							