

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador: SECRETARÍA DE SALUD - ALMIRANTE BROWN

Fecha del operativo/consulta:

MÉDICO:

Celular:

Correo:

IDENTIFICACIÓN DEL CASO - EVENTO EN EL SNVS

Apellido y nombre: Espinoza, Claudio Omar

DNI: 20766773

Nacionalidad: Argentino/a

Persona privada de su libertad: SI ☐ NO ☐

Se declara pueblo indígena: SI ☐ NO ☐

Reside en el barrio: SI ☐ NO ☐

Provincia: Buenos Aires

Departamento: Almirante Brown

Localidad: burzaco

Dirección: Francisco Seguí 661

Código Postal: 1852

Teléfono: 1558197777

Fecha de nacimiento: 15/02/1971

Edad: 49

Sexo: M

INFORMACIÓN CLÍNICA

Sintomático: NO

Fecha inicio síntomas (FIS): undefined

Sem epidem FIS:

Fecha 1ra consulta:

Internado: NO

Lugar: en domicilio

En aislamiento:

Lugar:

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Tiene fiebre: NO

Fiebre 37.5C ó más: undefined

Anosmia reciente: NO

Disgeusia reciente: NO

Tos: NO

Disnea (Dif p/respirar): NO

Odinofagia (Dolor garganta): NO

Otros síntomas: undefined

ENFERMEDADES PREVIAS / COMORBILIDADES

SIN COMORBILIDADES

Enferm hepática:

EPOC: NO

Insuficiencia cardíaca: NO

Asma:

Enf crónica: NO

Enferm neurológica:

Fumador: NO

Diag previo neumonía:

Diabetes: NO

Otros: undefined

Enferm oncológica:

Hipert arterial: NO

Inmunosupr congé/adq:

Diálisis aguda:

Enferm renal crónica:

Tuberculosis:

Puerperio:

Obesidad: NO

INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Trabaja actualmente: undefined ¿De qué trabaja?: undefined

Profesional/Técnico de la Salud: ☐ Trabaja en Hosp/clínica asis: ☐ Inst peniten: ☐ Inst sal mental: ☐ Resid p/mayores: ☐

FACTORES DE RIESGO (Exposición a COVID-19 en los últimos 14 días):

¿Tuvo contacto estrecho con confirmados de COVID-19?: NO

¿Con personas con síntomas y/o sospecha COVID-19?: NO

¿Visitó algún lugar fuera de lo habitual / por ocasión especial?: NO

¿Concurrió a algún centro de salud en los últimos 14 días?:

CONVIVIENTES Ó CONTACTOS ESTRECHOS

Apellido y nombre	Edad	Parentesco/ Vínculo	Comentario
Méndez, Pablo	51	Contacto c/riesgo contagio	

LABORATORIO

Nexo epidemiológico: ☐ Laboratorio: ☐

Tipo de muestra tomada: Hisopado nasofaríngeo: ☐ Aspirado: ☐ Esputo: ☐ Sangre: ☐ Otra:

Fecha de toma de muestra:/...../.....

Lugar de toma de la muestra:

Fecha en que se deriva la muestra:/...../.....

Lugar de derivación: Fecha de derivación al LNR:/...../.....

Datos de la persona que notifica: Nombre y apellido:

Firma y sello: