

## 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: Paredes, Teresa DNI: 22888555 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: glew  
Dirección: Ricardo Gutiérrez 336 Código Postal: 1856 Teléfono: 1184846666  
Fecha de nacimiento: 12/12/1955 Edad: 64 Sexo: F

## 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

## LABORATORIO

Nexo epidemiológico: ☐ Laboratorio: ☐  
Tipo de muestra tomada: Hisopado nasofaríngeo: ☐ Aspirado: ☐ Espudo: ☐ 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: