

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: Shijman, Perlina

DNI: 23111333

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:

Dirección:

Código Postal:

Teléfono:

Fecha de nacimiento:

Edad: s/d

Sexo: [F] [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:

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: [SI] [NO] ¿De qué trabaja?:

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: 09/09/2020

Lugar de toma de la muestra: CAPS-12 Don Orione

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: