

## 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: Resensvit, Irene

DNI: 22888356

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: adroque

Dirección: Espora 123

Código Postal: 1846

Teléfono: 11 3344 5544

Fecha de nacimiento: 12/12/1960

Edad: 59

Sexo: F

## INFORMACIÓN CLÍNICA

Sintomático: SI

Fecha inicio síntomas (FIS): 16/08

Sem epidem FIS:

Fecha 1ra consulta: .....

Internado: NO

Lugar: en domicilio

En aislamiento: .....

Lugar: .....

## SIGNOS Y SÍNTOMAS

Tiene fiebre: SI

Fiebre 37.5C ó más: 38

Anosmia reciente: NO

Disgeusia reciente: SI

Tos: NO

Disnea (Dif p/respirar): NO

Odinofagia (Dolor garganta): NO

Otros síntomas: null

## ENFERMEDADES PREVIAS / COMORBILIDADES

PRESENTA COMORBILIDADES

Enferm hepática:

EPOC: NO

Insuficiencia cardíaca: NO

Asma:

Enf crónica: NO

Enferm neurológica:

Fumador: NO

Diag previo neumonía:

Diabetes: SI

Otros:

Enferm oncológica:

Hipert arterial: SI

Inmunosupr congé/adq:

Diálisis aguda:

Enferm renal crónica:

Tuberculosis:

Puerperio:

Obesidad: NO

## INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Trabaja actualmente: true

¿De qué trabaja?: null

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: