

 ASTRID GARZON CONSULTORIO ODONTOLÓGICO	Protocolo de bioseguridad COVID-19, en el área de la salud bucal	Versión 1
--	--	-----------

Seguimiento a contactos de casos positivos COVID-19

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS DEL CASO POSITIVO

A. Nombres y apellidos del caso positivo	B. Tipo de ID*	C. Número de identificación
<small>*RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDULA CIUDADANÍA CE : CÉDULA EXTRANJERÍA PA : PASAPORTE MS : MENOR SIN ID AS : ADULTO SIN ID PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA</small>		

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Fecha de notificación del contacto (dd/mm/aaaa)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. IDENTIFICACIÓN DEL CONTACTO

2.1 Tipo de documento <input type="radio"/> RC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> MS <input type="radio"/> AS <input type="radio"/> PE		2.2 Número de identificación																		
<small>*RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDULA CIUDADANÍA CE : CÉDULA EXTRANJERÍA PA : PASAPORTE MS : MENOR SIN ID AS : ADULTO SIN ID PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA</small>																				
2.3 Nombres y apellidos del paciente			2.4 Teléfono																	
2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											2.6 Edad	2.7 Unidad de medida de la edad <input type="radio"/> 1. Años <input type="radio"/> 3. Días <input type="radio"/> 5. Minutos <input type="radio"/> 2. Meses <input type="radio"/> 4. Horas <input type="radio"/> 0. No aplica	2.8 Sexo <input type="radio"/> M. Masculino <input type="radio"/> I. Indeterminado <input type="radio"/> F. Femenino	2.9 Nacionalidad <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>						
2.17 Ocupación del contacto		2.18 E-Mail		2.19 Dirección																
3.2 País, departamento y municipio de residencia habitual del paciente <div>País Departamento Municipio</div>																				

3. DESPLAZAMIENTO Y TIPO DE CONTACTO

3.1 Viajó en los últimos 14 días? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No			3.2 Fecha de posible exposición <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												
3.3 Tipo de contacto <input type="radio"/> 1. Familiar <input type="radio"/> 2. Compañero de vuelo <input type="radio"/> 3. Personal de salud <input type="radio"/> 4. Sala de espera <input type="radio"/> 5. Social			3.3.1 Si es personal de salud en qué institución labora? <div></div>												
1	PAÍS	DEPARTAMENTO O ESTADO	CIUDAD O MUNICIPIO												
2	PAÍS	DEPARTAMENTO O ESTADO	CIUDAD O MUNICIPIO												
3	PAÍS	DEPARTAMENTO O ESTADO	CIUDAD O MUNICIPIO												
4	PAÍS	DEPARTAMENTO O ESTADO	CIUDAD O MUNICIPIO												
5	PAÍS	DEPARTAMENTO O ESTADO	CIUDAD O MUNICIPIO												

4. DATOS CLINICOS DEL CONTACTO

4.1 Contacto con síntomas? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	4.1.1 Fecha de inicio de síntomas <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											4.2 Hospitalizado <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

5. DATOS DE LABORATORIO DEL CONTACTO

5.1 Toma de muestra? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.2 Fecha de toma de muestra <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											5.3 Resultado COVID-19 <div></div>



La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA

[illegible]