

Secretaria de Salud de Honduras
Unidad de Vigilancia de la Salud
Ficha epidemiológica de enfermedad COVID-19

Información unidad notificadora

Nombre del establecimiento: _____ Departamento _____ Municipio _____

Nombre de la región sanitaria _____

Información del paciente

Datos generales

Nombres _____ Apellidos _____ Sexo _____ No. identidad o pasaporte _____

Fecha de nacimiento: día _____ Mes _____ año _____ Edad en meses cumplidos (menores de un año) _____ edad en años cumplidos _____

Nombre del jefe de familia (si es menor de 18 años) _____

Dirección del paciente: (residencia del paciente en los últimos 6 meses)

Departamento _____ Municipio _____ Aldea _____ Cacerio/comunidad _____

Barrio/Colonia _____ Calle _____ avenida _____ No. de casa _____ otras referencias del domicilio _____

Teléfonos fijos _____ tel. Celular _____

Datos clínicos; asintomático _____ sintomático _____ fecha de inicio de síntomas (FIS); ____/____/____ semana epidemiológica de FIS _____

Fecha de consulta: ____/____/____ fecha de hospitalización ____/____/____ no. de expediente _____

Antecedentes de exposición:

Ocupación: _____ Lugar de trabajo/estudio: _____ ha viajado o residido en una zona de riesgo conocida fuera del país en los últimos 14 días, previos al inicio de síntomas? No; _____ Si: _____

Donde? _____ Desde _____ -/____/____/____ hasta ____/____/____

Viajo en avión _____ barco _____ autobus _____

Fecha de ingreso al país ____/____/____ Compañía _____ punto de entrada _____

Ha viajado o residido en una zona dentro del país (distinto del domicilio) en los últimos 14 días, previos al inicio de síntomas? No _____ Si _____

Donde? _____ Fecha _____ Hasta _____

Tuvo contacto cercano con un caso confirmado o probable de infección por COVID 19? Si _____ No _____ Lugar _____

No	Signos y síntomas	Si	No	No	Signos y síntomas	Si	No
1	Fiebre			8	Cansancio		
2	Tos			9	Otros especifique		
3	Disnea(dificultad para respirar)				1		
4	Cefalea				2		
5	Rinorrea				3		
6	Dolor de garganta				4		
7	Mialgias						

Factores de riesgo y enfermedad de base: Si ____ no ____ NS/NC ____

No	Condición	Si	No
1	Embarazo: edad gestacional en semanas:		
2	Diabetes		
3	Hipertensión		
4	Cardiopatías		
5	Enfermedad pulmonar crónica		
6	Enfermedad renal crónica		
7	Cáncer		
8	Inmunosupresión		
9	Alcoholismo crónico		
10	Obesidad		
11	Otras especifique		

Manejo de la enfermedad:

Ambulatorio con aislamiento domiciliario ____ Hospitalario ____ Hospitalizado en: Sala ____ UCI ____

Información del laboratorio:

(USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO)

Datos generales de la muestra

Fecha de toma de muestra: ____/____/____ Fecha de toma de muestra control: ____/____/____

Tipo de muestra: Hisopado nasal y faríngeo: ____ Aspirado nasofaríngeo ____ Otro: ____

Fecha de recibo de muestra en el laboratorio nacional de virología: ____/____/____

Fecha de recibo de muestra en el laboratorio regional de ____/____/____

Muestra procesada: si: ____ no ____

Razón de rechazo de la muestra por el laboratorio: ____

Inadecuada calidad muestra: ____ Toma tardía de muestra: ____ Disponibilidad de recursos: ____ Capacidad del laboratorio excedida: ____

Falta de reactivos: ____ Otras: ____

Fecha de procesamiento de la muestra: ____/____/____ Resultado COVID 19: positivo: ____ negativo: ____

Clasificación del caso

Caso en investigación ____ caso probable ____ caso confirmado ____ caso descartado ____

Nombre de la persona que llena la ficha: ____ Fecha de notificación de caso: ____/____/____