



Revisión: 4 de marzo, 2020

## **Guía para la vigilancia del coronavirus novel 2019 (COVID-19)**

Este documento presenta una guía preliminar para acción de vigilancia temprana, detección y el reporte inmediato de un caso con sospecha a el coronavirus novel 2019 (COVID-19). El virus parece ser una cepa de coronavirus nunca antes vista, una gran familia de virus que puede causar enfermedades que van desde el resfriado común hasta el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS).

Un brote de pulmonía de etiología desconocida en Wuhan, China, fue inicialmente reportado en diciembre 31, 2019. Actualmente se ha extendido a múltiples países, incluyendo Estados Unidos, y no existen casos reportados en Puerto Rico. Los coronavirus que causan enfermedad en humanos son causantes de infección en las vías respiratorias superiores; produciendo síntomas como:

- secreciones nasales
- congestión nasal
- dificultad respiratoria
- dolor de garganta
- estornudos
- tos
- fiebre

### **I. ¿Cómo se transmite?**

En un principio se estableció que la transmisión del virus solo podía pasar de animales a humanos, igual que otros patógenos conocido de la misma familia: el MERS-CoV; pero se ha confirmado que puede contagiarse de persona a persona, principalmente por vía respiratoria.

**II. El criterio para la evaluación de pacientes bajo investigación del COVID-19 es el siguiente:**

| Síntomas Clínicos  | & | Riesgo Epidemiológico  |
|--|---|--|
| Fiebre <sup>1</sup> o síntomas de enfermedad de las vías respiratorias bajas (ej., tos o dificultad para respirar)   | Y | Cualquier persona, incluyendo los proveedores de servicios de salud <sup>2</sup> , que haya tenido contacto <sup>3</sup> cercano con un paciente con COVID-19 confirmado <sup>4</sup> por laboratorio, en los pasados 14 días anterior al inicio de los síntomas |
| Fiebre <sup>1</sup> y síntomas de enfermedad de las vías respiratorias bajas (ej., tos o dificultad para respirar)   | Y | Un historial de viaje a China (país con alerta a viajero Internacional Nivel 3*), en los pasados 14 días anterior al inicio de los síntomas  |
| Fiebre <sup>1</sup> y síntomas de una enfermedad de respiratoria baja (ej., tos o dificultad para respirar) que requiera hospitalización   | Y | Un historial de viaje a las áreas geográficas afectadas <sup>5</sup> : Irán, Italia, Japón, Corea del Sur (ver nota abajo), en los pasados 14 días anterior al inicio de los síntomas  |
| Fiebre <sup>1</sup> <b>con</b> síntomas severos de una enfermedad de las vías bajas (ej., pulmonía, ARDS que requiera hospitalización, sin un diagnóstico alterno identificado (ej., influenza) <sup>6</sup> . | Y | Ninguna fuente de exposición identificada  |

Zonas geográficas afectadas por la diseminación o transmisión sostenida en la comunidad del COVID-19 (Última actualización: Marzo 4, 2020):

- Irán (país con *alerta a viajero Internacional Nivel 3\**)
- Italia (*país con alerta a viajero Internacional Nivel 3\**)
- Japón (*país con alerta a viajero Internacional Nivel 2\*\**)
- Corea del Sur (*país con alerta a viajero Internacional Nivel 3\**)

\*Alerta Nivel 3: Evite los viajes no esenciales, debido a la transmisión generalizada en la comunidad

\*\*Alerta Nivel 2: El virus puede propagarse de persona a persona.

- Los adultos mayores y aquellos con afecciones médicas crónicas deben considerar posponer los viajes no esenciales.

- Los viajeros deben evitar el contacto con personas enfermas y lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón durante al menos 20 segundos, o utilizar un desinfectante para manos con concentración de un 60%-95% de alcohol.

*El criterio para evaluación (PUI) fue expandido a un grupo amplio de pacientes sintomáticos. El médico deberá utilizar su criterio clínico para determinar si el paciente presenta signos y síntomas compatibles con COVID-19; y si el paciente requiere muestra de SARS-CoV-2.*

*Realizar Diagnóstico Diferencial para otras condiciones respiratorias. (ej. Influenza)*

Los criterios servirán como guía para la evaluación. En consulta con el Departamento de Salud, Oficina de Epidemiología Regional/Central, los pacientes deberán ser evaluados caso por caso para determinar la necesidad de la prueba de laboratorio para el diagnóstico de COVID-19. Las pruebas pueden considerarse para personas fallecidas que pudieran haber cumplido con los criterios de PUI.

Refiérase al Anejo V para evaluación de pacientes que puedan estar enfermos o que hayan estado expuestos al COVID-19: *Flujograma Manejo de Pacientes Bajo Sospecha de COVID-19.*

### **Notas:**

<sup>1</sup> **Fiebre** ser subjetiva o confirmada

- I. <sup>2</sup> Para el personal de atención médica, se pueden considerar las pruebas si ha habido exposición a una persona con sospecha de COVID-19 sin confirmación de laboratorio. Los signos y síntomas leves (por ejemplo, dolor de garganta) de COVID-19 deben evaluarse entre el personal de atención médica potencialmente expuesto, debido a su contacto frecuente y cercano con pacientes en entornos de atención médica. Hay información adicional disponible en la Guía provisional de los CDC de EE. UU. Para la evaluación de riesgos y la gestión de la salud pública del personal de atención médica con exposición potencial en un entorno de atención médica a pacientes con enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) ver la guía: "[Interim U.S. Guidance for Risk Assessment and Public Health Management of Healthcare Personnel with Potential Exposure in a Healthcare Setting to Patients with Coronavirus Disease 2019 \(COVID-19\)](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assessment-hcp.html)" - <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assessment-hcp.html> (ver Anejo VI: Cuidado de pacientes con infección confirmada o probable por COVID-19)

<sup>3</sup> **Contacto cercano** definido como:

- a) Estar dentro de un radio de 6 pies (2 metros), o dentro de la habitación o área de cuidado, de un caso COVID-19 por un período prolongado de tiempo, sin utilizar equipo personal protector recomendado (por ejemplo, batas, guantes, NIOSH- respirador N95 desechable certificado, protección ocular); el contacto cercano puede incluir cuidar, vivir, visitar o compartir un área o sala de espera de atención médica con un caso COVID-19.

**-O-**

- b) Tener contacto directo con secreciones infecciosas de un caso COVID-19, sin utilizar equipo personal protector recomendado.

Consulte las Recomendaciones actualizadas de prevención y control de infecciones provisionales de los CDC para pacientes bajo investigación (PUI, en inglés) o confirmados para el COVID-19 en un entorno de atención médica. (<https://www.cdc.gov/coronavirus/COVID-19/infection-control.html>).

Los datos para informar la definición de contacto cercano son limitados. Las consideraciones al evaluar el contacto cercano incluyen la duración de la exposición (por ejemplo, un mayor tiempo de exposición probablemente aumenta el riesgo de exposición) y los síntomas clínicos de la persona con COVID-19 (ej. la tos probablemente aumenta el riesgo de exposición, al igual que la exposición a un paciente gravemente enfermo). Se debe prestar especial atención a los expuestos en las facilidades de servicios de salud.

<sup>4</sup> La documentación de la confirmación de laboratorio de COVID-19 puede no ser posible para los viajeros o las personas que atienden a pacientes en otros países.

<sup>5</sup> Las áreas afectadas se definen como regiones geográficas donde se ha identificado una transmisión sostenida en la comunidad. Las áreas afectadas relevantes se definirán como un país con al menos un aviso de salud de los CDC Nivel 2 a viajeros internacionales. Ver todos los avisos de salud para viajeros relacionados COVID-19.

<sup>6</sup> La categoría también incluye a cualquier miembro de un grupo de pacientes con enfermedad grave aguda de las vías respiratorias inferiores (por ejemplo, neumonía, SDRA) de etiología desconocida en la que se considera COVID-19 que requiere hospitalización. Dichas personas deben ser evaluadas en consulta con los departamentos de salud estatal y local, independientemente del historial de viajes.

### III. Notificación del caso con sospecha a COVID-19 al Departamento de Salud

Todo proveedor de salud y/o personal de Control de Infecciones, deberá notificar inmediatamente vía telefónica (categoría III, Anejo I) al Departamento de Salud: Programa de Epidemiología (Nivel Central/Regional), la existencia de un paciente bajo investigación para COVID-19. A su vez, esta notificación se hará mediante la utilización de la hoja de Categoría I y la hoja de investigación de caso: ***Interim 2019 novel coronavirus (COVID-19) patient under investigation (PUI) form*** (Anejo II); cual es requerida por CDC, para realizar la prueba diagnóstica de COVID-19 (*rRT-PCR panel*). La notificación del historial de viaje debe ser detallada.

### IV. Recomendación para colección de muestras

- Una vez el caso haya sido notificado al Programa de Epidemiología; el CDC's Emergency Operation Center (EOC), colaborará con el Departamento de Salud (Laboratorio) para la colección, almacenamiento y envío de muestras al CDC.
- La prueba diagnóstica para SARS-CoV-2 debe ser realizada por el CDC.

- Por razones de bioseguridad, no es recomendable realizar aislamiento de virus en cultivo celular o iniciar caracterización de agentes virales recuperados en cultivos de muestras en pacientes bajo investigación (PIU) para COVID-19.
- CDC recomienda obtener múltiples muestras de laboratorio, incluyendo secreciones del tracto respiratorio, suero, y considerar otros tipos de muestras como excreta y orina.
- El envío de muestras para SARS-CoV-2 debe ser coordinado con el Laboratorio del Departamento de Salud, y debe someterse con la **Hoja reporte 50.34 (CDC Specimen Submission Form, Anejo III)** y la hoja de caso bajo investigación (PUI): ***Interim COVID-19 patient under investigation (PUI) form***, Anejo II.

### Anejos

- I. Hoja Categoría I – Reporte de casos al Departamento de Salud
- II. Forma de Paciente Bajo Investigación por COVID-19: *Interim 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) Patient Under Investigation (PUI) Form*
- III. Hoja 50.34: CDC Specimen Submission Form
- IV. Directorio de Oficina de Epidemiología e investigación
- V. Flujograma Manejo de Pacientes Bajo Sospecha de COVID-19
- VI. Cuidado de pacientes con infección confirmada o probable por COVID-19

### Referencias:

1. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-criteria.html>
2. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/index.html>
3. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/warning/novel-coronavirus-china>
4. <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

## INFORME CONFIDENCIAL ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

DS-2  
01/03

### CATEGORIA I: INFORME INDIVIDUAL DE CASOS

|   |             |             |                                      |                 |
|---|-------------|-------------|--------------------------------------|-----------------|
| <b>NOMBRE DEL PACIENTE</b>                                  |             |             |                                      |                 |
| <b>FECHA NACIMIENTO</b>                                     | <b>EDAD</b> | <b>SEXO</b> | <b>ESTADO CIVIL</b>                  | <b>TELEFONO</b> |
| <b>DIRECCION FISICA</b>                                     |             |             |                                      |                 |
| <b>NOMBRE DE LOS PADRES</b>                                 |             |             |                                      |                 |
| <b>OCUPACION Y LUGAR DE TRABAJO O ESCUELA</b>               |             |             |                                      |                 |
| <b>ENFERMEDAD</b>   |             |             | <b>FECHA DE COMIENZO DE SINTOMAS</b> |                 |
| <b>RESULTADOS DE LABORATORIO (CULTIVO, SEROLOGIA, ETC.)</b> |             |             | <b>HOSPITAL</b>                      |                 |
| <b>FECHA DE ADMISION</b>                                    |             |             | <b>FECHA DE ALTA</b>                 |                 |

\_\_\_\_\_  
**INFORMANTE**

\_\_\_\_\_  
**POSICION**

-----  
**TELEFONO**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DE LA FACILIDAD Y DIRECCION FISICA**

\_\_\_\_\_  
**FECHA DE INFORME**

LA LEY DEL 14 DE MAYO DE 1912, ENMENDADA EL 7 DE MAYO DE 1935, REGLAMENTA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y SU PROPAGACIÓN. LA SECCIÓN 350-1504 DE DICHA LEY ESTABLECE EL MODO DE HACER LA NOTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES AL DEPARTAMENTO DE SALUD. LA MISMA INDICA QUE DEBERÁ REALIZARSE EN LOS CASOS DE MAYOR VIRULENCIA, PERSONALMENTE, POR TELÉFONO, CON CARGOS AL DEPARTAMENTO DE SALUD Y ADEMÁS POR ESCRITO; SIEMPRE UTILIZANDO LAS HOJAS SUMINISTRADAS POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD. EN DICHA COMUNICACIÓN SE HARÁ CONSTAR LOS SIGUIENTES DATOS: ENFERMEDAD, NOMBRE DEL PACIENTE, DIRECCIÓN RESIDENCIAL, NÚMERO DE TELÉFONO, SEXO, EDAD, FECHA DE NOTIFICACIÓN, PERSONA QUE NOTIFICA, DIRECCIÓN Y NÚMERO TELEFÓNICO DE ESTA ÚLTIMA.

ENVIAR AL PROGRAMA DE EPIDEMIOLOGÍA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

CDC 2019-nCoV ID: 

Form Approved: OMB: 0920-1011 Exp. 4/23/2020

.....PATIENT IDENTIFIER INFORMATION IS NOT TRANSMITTED TO CDC.....

Patient first name \_\_\_\_\_ Patient last name \_\_\_\_\_ Date of birth (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

.....PATIENT IDENTIFIER INFORMATION IS NOT TRANSMITTED TO CDC.....



## Human Infection with 2019 Novel Coronavirus Person Under Investigation (PUI) and Case Report Form

Reporting jurisdiction: \_\_\_\_\_

Case state/local ID: \_\_\_\_\_

Reporting health department: \_\_\_\_\_

CDC 2019-nCoV ID: \_\_\_\_\_

Contact ID <sup>a</sup>: \_\_\_\_\_NNDSS loc. rec. ID/Case ID <sup>b</sup>: \_\_\_\_\_

a. Only complete if case-patient is a known contact of prior source case-patient. Assign Contact ID using CDC 2019-nCoV ID and sequential contact ID, e.g., Confirmed case CA102034567 has contacts CA102034567 -01 and CA102034567 -02. <sup>b</sup>For NNDSS reporters, use GenV2 or NETSS patient identifier.

### Interviewer information

Name of interviewer: Last \_\_\_\_\_ First \_\_\_\_\_

Affiliation/Organization: \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

### Basic information

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |                                  |  |  |  |   |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|--|--|--|---|--|----------------------------------|--|--|--|---|--|--|
| What is the current status of this person?<br><input type="checkbox"/> Patient under investigation (PUI)<br><input type="checkbox"/> Laboratory-confirmed case<br><br>Report date of PUI to CDC (MM/DD/YYYY): _____<br><br>Report date of case to CDC (MM/DD/YYYY): _____<br><br>County of residence: _____<br>State of residence: _____   |  | Ethnicity:<br><input type="checkbox"/> Hispanic/Latino<br><input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Latino<br><input type="checkbox"/> Not specified<br><br>Sex:<br><input type="checkbox"/> Male<br><input type="checkbox"/> Female<br><input type="checkbox"/> Unknown<br><input type="checkbox"/> Other |  | Date of first positive specimen collection (MM/DD/YYYY): ____/____/____<br><input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> N/A<br><br>Did the patient develop pneumonia?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Unknown<br><input type="checkbox"/> No<br><br>Did the patient have acute respiratory distress syndrome?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Unknown<br><input type="checkbox"/> No<br><br>Did the patient have another diagnosis/etiology for their illness?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Unknown<br><input type="checkbox"/> No<br><br>Did the patient have an abnormal chest X-ray?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Unknown<br><input type="checkbox"/> No |  | Was the patient hospitalized?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown<br><br>If yes, admission date 1 ____/____/____ (MM/DD/YYYY)<br>If yes, discharge date 1 ____/____/____ (MM/DD/YYYY)<br><br>Was the patient admitted to an intensive care unit (ICU)?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown<br><br>Did the patient receive mechanical ventilation (MV)/intubation?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown<br>If yes, total days with MV (days) _____<br><br>Did the patient receive ECMO?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown<br><br>Did the patient die as a result of this illness?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown<br><br>Date of death (MM/DD/YYYY): ____/____/____<br><input type="checkbox"/> Unknown date of death |  |  |   |   |  |  |  |   |  |                                  |  |  |  |   |  |  |
| Race (check all that apply):<br><input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native<br><input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific Islander<br><input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Unknown<br><input type="checkbox"/> Other, specify: _____   |  | Date of birth (MM/DD/YYYY): ____/____/____<br>Age: _____<br>Age units(yr/mo/day): _____  |  |  |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |                                  |  |  |  |   |  |  |
| Symptoms present during course of illness:<br><input type="checkbox"/> Symptomatic<br><input type="checkbox"/> Asymptomatic<br><input type="checkbox"/> Unknown  |  | If symptomatic, onset date (MM/DD/YYYY): ____/____/____<br><input type="checkbox"/> Unknown  |  | If symptomatic, date of symptom resolution (MM/DD/YYYY): ____/____/____<br><input type="checkbox"/> Still symptomatic <input type="checkbox"/> Unknown symptom status<br><input type="checkbox"/> Symptoms resolved, unknown date  |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |                                  |  |  |  |   |  |  |
| Is the patient a health care worker in the United States? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown<br>Does the patient have a history of being in a healthcare facility (as a patient, worker or visitor) in China? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown<br>In the 14 days prior to illness onset, did the patient have any of the following exposures (check all that apply):<br><table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Travel to Wuhan</td> <td><input type="checkbox"/> Community contact with another lab-confirmed COVID-19 case-patient</td> <td><input type="checkbox"/> Exposure to a cluster of patients with severe acute lower respiratory distress of unknown etiology</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Travel to Hubei</td> <td><input type="checkbox"/> Any healthcare contact with another lab-confirmed COVID-19 case-patient</td> <td><input type="checkbox"/> Other, specify: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Travel to mainland China</td> <td><input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Visitor <input type="checkbox"/> HCW</td> <td><input type="checkbox"/> Unknown</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Travel to other non-US country specify: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Animal exposure</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Household contact with another lab-confirmed COVID-19 case-patient</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> If the patient had contact with another COVID-19 case, was this person a U.S. case? <input type="checkbox"/> Yes, nCoV ID of source case: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> N/A |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> Travel to Wuhan | <input type="checkbox"/> Community contact with another lab-confirmed COVID-19 case-patient | <input type="checkbox"/> Exposure to a cluster of patients with severe acute lower respiratory distress of unknown etiology | <input type="checkbox"/> Travel to Hubei | <input type="checkbox"/> Any healthcare contact with another lab-confirmed COVID-19 case-patient | <input type="checkbox"/> Other, specify: _____ | <input type="checkbox"/> Travel to mainland China | <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Visitor <input type="checkbox"/> HCW | <input type="checkbox"/> Unknown | <input type="checkbox"/> Travel to other non-US country specify: _____ | <input type="checkbox"/> Animal exposure |  | <input type="checkbox"/> Household contact with another lab-confirmed COVID-19 case-patient |  |  |
| <input type="checkbox"/> Travel to Wuhan   | <input type="checkbox"/> Community contact with another lab-confirmed COVID-19 case-patient      | <input type="checkbox"/> Exposure to a cluster of patients with severe acute lower respiratory distress of unknown etiology  |  |  |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |                                  |  |  |  |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Travel to Hubei   | <input type="checkbox"/> Any healthcare contact with another lab-confirmed COVID-19 case-patient | <input type="checkbox"/> Other, specify: _____   |  |  |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |                                  |  |  |  |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Travel to mainland China  | <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Visitor <input type="checkbox"/> HCW   | <input type="checkbox"/> Unknown   |  |  |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |                                  |  |  |  |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Travel to other non-US country specify: _____   | <input type="checkbox"/> Animal exposure   |  |  |  |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |                                  |  |  |  |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Household contact with another lab-confirmed COVID-19 case-patient  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |                                  |  |  |  |   |  |  |
| Under what process was the PUI or case first identified? (check all that apply): <input type="checkbox"/> Clinical evaluation leading to PUI determination<br><input type="checkbox"/> Contact tracing of case patient <input type="checkbox"/> Routine surveillance <input type="checkbox"/> EpiX notification of travelers; if checked, DGMQID _____<br><input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Other, specify: _____  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |  |  |  |   |  |                                  |  |  |  |   |  |  |

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 30 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74 Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1011).

CDC 2019-nCoV ID: 

Form Approved: OMB: 0920-1011 Exp. 4/23/2020

## Human Infection with 2019 Novel Coronavirus Person Under Investigation (PUI) and Case Report Form

### Symptoms, clinical course, past medical history and social history

Collected from (check all that apply): ☐ Patient interview ☐ Medical record review

| During this illness, did the patient experience any of the following symptoms? | Symptom Present?  |
|--|---|
| Fever >100.4F (38C) <sup>c</sup>   | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk |
| Subjective fever (felt feverish)   | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk |
| Chills   | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk |
| Muscle aches (myalgia)   | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk |
| Runny nose (rhinorrhea)  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk |
| Sore throat  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk |
| Cough (new onset or worsening of chronic cough)                                | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk |
| Shortness of breath (dyspnea)  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk |
| Nausea or vomiting   | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk |
| Headache   | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk |
| Abdominal pain   | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk |
| Diarrhea (≥3 loose/looser than normal stools/24hr period)                      | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk |
| Other, specify: _____  |   |

Pre-existing medical conditions?

☐ Yes ☐ No ☐ Unknown

|  |   |                         |
|--|---|-------------------------|
| Chronic Lung Disease (asthma/emphysema/COPD) | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown |                         |
| Diabetes Mellitus                            | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown |                         |
| Cardiovascular disease                       | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown |                         |
| Chronic Renal disease                        | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown |                         |
| Chronic Liver disease                        | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown |                         |
| Immunocompromised Condition                  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown |                         |
| Neurologic/neurodevelopmental                | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown | (If YES, specify) _____ |
| Other chronic diseases                       | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown | (If YES, specify) _____ |
| If female, currently pregnant                | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown |                         |
| Current smoker                               | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown |                         |
| Former smoker                                | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown |                         |

### Respiratory Diagnostic Testing

| Test   | Pos                      | Neg                      | Pend.                    | Not done                 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Influenza rapid Ag <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Influenza PCR <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| RSV  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. metapneumovirus   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Parainfluenza (1-4)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Adenovirus   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rhinovirus/enterovirus   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Coronavirus (OC43, 229E, HKU1, NL63)                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M. pneumoniae  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. pneumoniae  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Other, Specify: _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Specimens for COVID-19 Testing

| Specimen Type         | Specimen ID | Date Collected | Sent to CDC              | State Lab Tested         |
|-----------------------|-------------|----------------|--------------------------|--------------------------|
| NP Swab               |             |                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OP Swab               |             |                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sputum                |             |                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Other, Specify: _____ |             |                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Additional State/local Specimen IDs: \_\_\_\_\_

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 30 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74 Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1011).



## CDC SPECIMEN SUBMISSION FORM: SPECIMENS OF HUMAN ORIGIN

## LABORATORY EXAMINATION REQUESTED

Test order name: Test order code: Suspected Agent: Date sent to CDC:   
MM/DD/YYYY

At CDC, bring to the attention of:

## PATIENT INFORMATION

Patient Name:

     
 Last First MI Suffix

 Birth date:  Case ID:   
 MM/DD/YYYY
Sex:  Age:  Age Units: Clinical Diagnosis: 
 Date of onset:  Pregnancy Status:   
 MM/DD/YYYY

 Fatal:  Date of Death:   
 MM/DD/YYYY

## SPECIMEN INFORMATION

 Specimen collected date:  Time:   
 MM/DD/YYYY hh:mm:ss
Material Submitted: Specimen source (type): Specimen source modifier: Specimen source site: Specimen source site modifier: Collection method: Treatment of specimen: 
 Transport medium/Specimen  
 preservative: 
Specimen handling: 

## CDC USE ONLY

Package ID#: Delivered to Unit #: Opened By: Unit Specimen ID#: Date received at CDC: Date received at STAT: Date received in testing lab:  Time: 
 CDC Specimen  
 Identification label

Barcode 1

| Condition          | STAT Laboratory | Testing Laboratory |
|--------------------|-----------------|--------------------|
| Outer Package      |                 |                    |
| Specimen Container |                 |                    |
| Specimen           |                 |                    |

STATE PHL / NEW YORK CITY DEPARTMENT OF HEALTH & MENTAL HYGIENE /  
FEDERAL AGENCY / INTERNATIONAL INSTITUTION / PEACE CORPS

Name: (Laboratory Director or designee)

       
 Prefix Last First MI Suffix Degree
Institution name: 

Street address:

Line 1 Line 2 City  ZIP Postal Code State  Country 
 Fax:      
 Country Code Area Code Local Number (e.g. 6390000) Institutional e-mail

Point of Contact: (Person to be contacted if there is a question regarding this order)

       
 Prefix Last First MI Suffix Degree

 Phone:      
 Country Code Area Code Local Number (e.g. 6390000) POC e-mail
Patient ID: Alternative Patient ID: Specimen ID: Alternative Specimen ID: 

## ORIGINAL SUBMITTER (Organization that originally submitted specimen for testing)

Name: (Laboratory Director or designee)

       
 Prefix Last First MI Suffix Degree
Institution name: 

Street address:

Line 1 Line 2 City  ZIP Postal Code State  Country 
 Fax:      
 Country Code Area Code Local Number (e.g. 6390000) Institutional e-mail

Point of Contact: (Person to be contacted if there is a question regarding this order)

       
 Prefix Last First MI Suffix Degree

 Phone:      
 Country Code Area Code Local Number (e.g. 6390000) POC e-mail
Patient ID: Alternative Patient ID: Specimen ID: Alternative Specimen ID: 

## INTERMEDIATE SUBMITTER (Complete if specimen is submitted to SPHL through an intermediate agency)

Name: (Laboratory Director or designee)

       
 Prefix Last First MI Suffix Degree
Institution name: 

Street address:

Line 1 Line 2 City  ZIP Postal Code State  Country 
 Fax:      
 Country Code Area Code Local Number (e.g. 6390000) Institutional e-mail

Point of Contact: (Person to be contacted if there is a question regarding this order)

       
 Prefix Last First MI Suffix Degree

 Phone:      
 Country Code Area Code Local Number (e.g. 6390000) POC e-mail
Patient ID: Alternative Patient ID: Specimen ID: Alternative Specimen ID:

# CDC SPECIMEN SUBMISSION FORM: SPECIMENS OF HUMAN ORIGIN

Patient Name:

Last
First

AND/OR Original Patient ID:

AND/OR SPHL Specimen ID:

## PATIENT HISTORY

**BRIEF CLINICAL SUMMARY** (Include signs, symptoms, and underlying illnesses if known)

### STATE OF ILLNESS

- ☐ Symptomatic
- ☐ Asymptomatic
- ☐ Acute
- ☐ Chronic
- ☐ Convalescent
- ☐ Recovered

### TYPE OF INFECTION

- ☐ Upper respiratory

☐ Lower respiratory

☐ Cardiovascular

☐ Gastrointestinal

☐ Genital

☐ Urinary tract

☐ Other, specify

☐ Sepsis

☐ Central nervous system

☐ Skin/soft tissue

☐ Ocular

☐ Joint/bone

☐ Disseminated

### THERAPEUTIC AGENT(S) DURING ILLNESS

| Agent  | Start Date   | End Date   |
|--|--|--|
| 1. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 15px;"></span> | <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 15px;"></span> | <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 15px;"></span> |
| 2. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 15px;"></span> | <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 15px;"></span> | <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 15px;"></span> |
| 3. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 15px;"></span> | <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 15px;"></span> | <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 15px;"></span> |

MM/DD/YYYY
MM/DD/YYYY

## EPIDEMIOLOGICAL DATA

### EXTENT

- ☐ Isolated Case
- ☐ Carrier
- ☐ Contact
- ☐ Outbreak
- ☐ Family  
☐ Community  
☐ Healthcare-associated  
☐ Epidemic

### TRAVEL HISTORY

Travel:  Dates of Travel:  to

MM/DD/YYYY
MM/DD/YYYY

#### Travel: Foreign (Countries)

#### Travel: United States (States)

#### Foreign Residence (Country)

#### United States Residence (State)

Note: Additional states or countries of residence or travel should be entered in the Brief Clinical Summary field.

### EXPOSURE HISTORY

Exposure:

Date of Exposure:

MM/DD/YYYY

- ☐ **Animal** Type of Exposure:
- Common name:
- Scientific name:
- ☐ **Arthropod** Type of Exposure:
- Common name:
- Scientific name:

### RELEVANT IMMUNIZATION HISTORY

| Immunization(s)  | Date Received  |
|--|--|
| 1. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 250px; height: 15px;"></span> | <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 15px;"></span> |
| 2. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 250px; height: 15px;"></span> | <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 15px;"></span> |
| 3. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 250px; height: 15px;"></span> | <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 15px;"></span> |
| 4. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 250px; height: 15px;"></span> | <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 15px;"></span> |

MM/DD/YYYY

### PREVIOUS LABORATORY RESULTS (Or attach copy of test results or worksheet)

### COMMENTS

CDC USE ONLY

Barcode 2

Barcode 3

The Centers for Disease Control and Prevention (CDC), an agency of the Department of Health and Human Services, is authorized to collect this information, including the Social Security number (if applicable), under provisions of the Public Health Service Act, Section 301 (42 U.S.C. 241). Supplying the information is voluntary and there is no penalty for not providing it. The data will be used to increase understanding of disease patterns, develop prevention and control programs, and communicate new knowledge to the health community. Data will become part of CDC Privacy Act system 09-20-0106, "Specimen Handling for Testing and Related Data" and may be disclosed to appropriate State or local public health departments and cooperating medical authorities to deal with conditions of public health significance; to private contractors assisting CDC in analyzing and refining records; to researchers under certain limited circumstances to conduct further investigations; to organizations to carry out audits and reviews on behalf of HHS; to the Department of Justice in the event of litigation, and to a congressional office assisting individuals in obtaining their records. An accounting of the disclosures that have been made by CDC will be made available to the subject individual upon request. Except for permissible disclosures expressly authorized by the Privacy Act, no other disclosure may be made without the subject individual's written consent.

Please refer to the CDC Infectious Diseases Laboratories Test Directory for information on specimen requirements. CDC must maintain and document specific acceptance criteria to perform laboratory tests on samples obtained from humans pursuant to the Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA) and accompanying regulations. 42 U.S.C. § 263a; 42 C.F.R. § 493.1241.

Samples transferred to the CDC for testing or any other purpose will become the legal property of the agency unless otherwise agreed upon in writing. Samples will not be returned to the submitting entity.



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud  
Oficina de Epidemiología e Investigación

Oficina de Epidemiología e Investigación  
PO Box 70184, San Juan, PR, 00936-8184  
Vigilancia Epidemiológica Coronavirus  
2019 nCoV

| NOMBRE                      | POSICIÓN   | TELÉFONO   | CORREO ELECTRÓNICO           |
|-----------------------------|--|--|------------------------------|
| <b>Nivel Central</b>        |  |  |                              |
| Carmen Deseda               | Epidemióloga del Estado/Directora de la OEI  | 787-765-2929 Ext. 3551                             | carmen.deseda@salud.pr.gov   |
| Carmen J. Rodríguez Caquías | Epidemióloga RSV y Enfermedades prevenibles por vacuna/ Consultoría de viajero internacional | 765-2929 Ext. 3557<br>787-692-6276<br>787-225-2568 | crodriguez@salud.pr.gov      |
| Maritza Cruz Cortés         | Coordinadora de enfermedades transmisibles por alimentos y agua                              | 787-765-2929 Ext.3661<br>787-223-6420              | marcruz@salud.pr.gov         |
| Karina González             | Coordinadora de Influenza  | 787-765-2929 Ext. 3565                             | karina.gonzalez@salud.pr.gov |
| Norma Díaz Paris            | Coordinadora de infecciones adquiridas en hospital (HAI)                                     | 765-2929 Ext. 3832<br>787-692-6230                 | nodiaz@salud.gov.pr          |
| Melissa Bello               | Coordinadora de vigilancia -Bioseguridad   | Cel: 787-692-6179                                  | mbello@salud.gov.pr          |

| <b>Oficinas Regionales</b>   |                                 |  |                                  |
|------------------------------|---------------------------------|--|----------------------------------|
| <b>REGIÓN ARECIBO</b>        |                                 |  |                                  |
| Juan Méndez                  | Epidemiólogo                    | Cel. 787-692-6273<br>787-765-2929 Exts. 6356, 6357<br>787-880-5538 fax | jmendez@salud.gov.pr             |
| <b>REGIÓN BAYAMÓN</b>        |                                 |  |                                  |
| Yashira Maldonado            | Epidemióloga                    | 787-765-2929 Ext. 3754<br>787-692-6284<br>Fax: 787-995-0123            | ymaldonado@salud.pr.gov          |
| Wanda Díaz                   | Enfermera                       | 787-765-2929 Ext. 3754<br>Fax: 787-995-0123                            | wediaz@salud.gov.pr              |
| <b>REGIÓN CAGUAS</b>         |                                 |  |                                  |
| Jazmín Román                 | Epidemióloga                    | (787) 765- 2929 Ext. 4336<br>Cel. 787-692-6205                         | jroman@salud.pr.gov              |
| Carmen Valentín              | Enfermera                       | (787) 765- 2929 Ext. 4336<br>Fax: 787-744-1748                         | cevalentin@salud.gov.pr          |
| <b>REGIÓN FAJARDO</b>        |                                 |  |                                  |
| Edna I. Ponce                | Epidemióloga                    | Cel. 787-692-6275<br>(787) 765-2929 Ext.3554<br>Fax: 787-863- 2841     | eponce@salud.gov.pr              |
| <b>REGIÓN MAYAGÜEZ</b>       |                                 |  |                                  |
| Suheiry Cruz Medina          | Epidemióloga regional           | 787-832-3640 / 831-0262,<br>Fax: 787-834-0095<br>Cel. 787-692-6195     | suheiry.cruz@salud.pr.gov        |
| Víctor M. Rodríguez Santiago | Enfermería Reg. & Leptospirosis | 787-832-3640/831-0262,<br>Fax: 787-834-0095                            | victorm.rodriguez@salud.pr.gov   |
| <b>Sub-Región Aguadilla</b>  |                                 |  |                                  |
| Noelia Estevez Pérez         | Supervisora de Enfermería       | 787-882-9092<br>Fax: 787-891-2045                                      | nestevez@salud.pr.gov            |
| <b>REGIÓN METRO</b>          |                                 |  |                                  |
| Gilbert Encarnación Cortés   | Epidemiólogo                    | 787-765-2929 Ext. 4683<br>787-692-6179                                 | gilbert.encarnacion@salud.pr.gov |
| Pilar Torres Rodríguez       | Enfermera                       | 787-765-2929 X 4683  | ptorres@salud.gov.pr             |
| <b>REGIÓN PONCE</b>          |                                 |  |                                  |
| María Ramos Zapata           | Epidemióloga                    | 787-765-2929 ext. 5705<br>Cel. 787-692-6272 Fax 787-841-4555           | maramos@salud.gov.pr             |
| Damaris Velázquez Echevarría | Enfermera                       | 787-765-2929 ext. 5705   | davelazquez@salud.gov.pr         |



**GOBIERNO DE PUERTO RICO**

**Departamento de Salud**  
**Oficina de Epidemiología e Investigación**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|





## Anejo VI:

### Cuidado de pacientes con infección confirmada o probable por COVID-19

El personal de atención médica está en la primera línea para atender a los pacientes con infección confirmada o posible con enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y, por lo tanto, tiene un mayor riesgo de exposición a este virus. Los profesionales de la salud pueden minimizar su riesgo de exposición cuando atienden a pacientes con COVID-19 confirmados o posibles, siguiendo las guías de prevención y control de infecciones de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), incluido el uso del Equipo de Protección Personal (**EPP**) recomendado.

### Cómo se propaga COVID-19

Hay mucho que aprender sobre el reciente COVID-19, cómo y con qué facilidad se propaga. Según lo que se sabe actualmente sobre COVID-19 y otros coronavirus, se cree que la propagación ocurre principalmente de persona a persona a través de gotitas respiratorias entre contactos cercanos.

Se puede producir un contacto cercano mientras se atiende a un paciente, que incluye:

- estar dentro de aproximadamente 6 pies (2 metros) de un paciente con COVID-19 durante un período prolongado de tiempo.
- tener contacto directo con secreciones infecciosas de un paciente con COVID-19. Las secreciones infecciosas pueden incluir esputo, suero, sangre y gotitas respiratorias.

Si se produce un contacto cercano mientras no se usa todo el EPP recomendado, el personal de atención médica puede estar en riesgo de infección.

### Cómo puedes protegerte

El personal de atención médica que atiende a pacientes confirmados o probables con COVID-19 debe cumplir con las recomendaciones de los CDC para la prevención y el control de infecciones (IPC):

- Evaluar y clasificar a estos pacientes con síntomas respiratorios agudos y factores de riesgo para COVID-19 para minimizar las posibilidades de exposición, incluida la colocación de una máscara facial en el paciente y aislarlos en una sala de aislamiento de infecciones transmitidas por el aire (**AIIR**, por sus siglas en inglés), si está disponible.
- Use las precauciones estándar, las precauciones de contacto y las precauciones aerotransportadas y la protección ocular cuando atienda a pacientes confirmados o posibles con COVID-19.
- Realice la higiene de las manos con un desinfectante para manos a base de alcohol antes y después de todo contacto con el paciente, contacto con material potencialmente infeccioso, y antes de ponerse y quitarse el EPP, incluidos los guantes; realice el lavado de manos adecuado para el control de infecciones en facilidades de servicios de salud.
- Practique cómo ponerse, usar y quitar correctamente el EPP para evitar contagiarse.



- Realizar procedimientos de generación de aerosoles, incluida la recolección de muestras respiratorias de diagnóstico, en un AIIR, mientras se siguen las prácticas apropiadas para el control de infecciones, incluido el uso de EPP adecuado.

### **Limpieza y desinfección ambiental**

Los procedimientos de limpieza y desinfección de rutina son apropiados para el SARS-CoV-2 en entornos de atención médica, incluida las áreas de atención al paciente en las que se realizan procedimientos de generación de aerosol. Se recomienda el uso de productos aprobados por la EPA relacionados a patógenos virales emergentes, como el utilizado contra el SARS-CoV-2. El manejo de la ropa, los utensilios de servicio de alimentos y los desechos médicos, también deben realizarse de acuerdo con los procedimientos de rutina.

### **Cuándo contactar a los servicios de salud ocupacional**

Si tiene una exposición sin protección (es decir, no usa el EPP recomendado) a un paciente confirmado o probable con COVID-19, comuníquese de inmediato con su supervisor o con los servicios de salud ocupacional.

Si desarrolla síntomas consistentes con COVID-19 (fiebre, tos o dificultad para respirar), no se reporte al trabajo. Póngase en contacto con sus servicios de salud ocupacional.

Para obtener más información para el personal de atención médica, visite:

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/index.html>

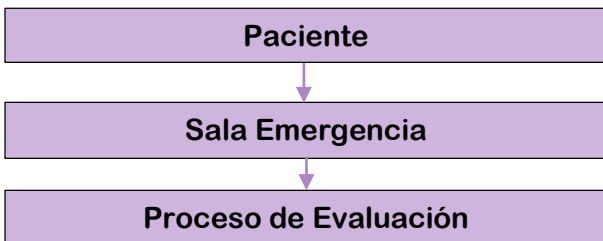
Referencia traducida de: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/caring-for-patients.html>

Revisada febrero 25, 2020



Anejo V

Flujograma: Manejo de Paciente bajo sospecha de COVID-19



| CRITERIOS  |   |   |
|--|---|---|
| Síntomas Clínicos  | & | Riesgo Epidemiológico   |
| Fiebre o síntomas de enfermedad de las vías respiratorias bajas (ej., tos o dificultad para respirar)  | Y | Cualquier persona, incluyendo los proveedores de servicios de salud, que haya tenido contacto cercano con un paciente con COVID-19 confirmado <sup>4</sup> por laboratorio, en los pasados 14 días anterior al inicio de los síntomas |
| Fiebre y síntomas de enfermedad de las vías respiratorias bajas (ej., tos o dificultad para respirar)  | Y | Un historial de viaje a China (país con alerta a viajero Internacional Nivel 3*), en los pasados 14 días anterior al inicio de los síntomas   |
| Fiebre y síntomas de una enfermedad de respiratoria baja (ej., tos o dificultad para respirar) que requiera hospitalización  | Y | Un historial de viaje a las áreas geográficas afectadas: Irán, Italia, Japón, Corea del Sur (ver nota abajo), en los pasados 14 días anterior al inicio de los síntomas   |
| Fiebre con síntomas severos de una enfermedad de las vías bajas (ej., pulmonía, ARDS que requiera hospitalización, sin un diagnóstico alterno identificado (ej., influenza). | Y | Ninguna fuente de exposición identificada   |

Criterios para Sospecha de COVID-19

SI

Proceder con medidas de aislamiento respiratorio, de acuerdo al protocolo del hospital

- Aislar a un paciente en una habitación o en un área separada
- Coloque mascarilla al paciente
- Personal de salud que maneja el caso debe utilizar equipo de protección personal (EPP)

Notificación de paciente bajo investigación (PUI) para COVID-19 a Control de Infecciones del Hospital

Notificación inmediata (por vía telefónica, Categoría III) al Departamento de Salud, Oficina de Epidemiología en la región correspondiente

- Notificación dentro de las 24 horas del paciente bajo investigación para COVID-19 (PUI) de ser evaluado.

No criterios para Sospecha de COVID-19

NO

Manejo de acuerdo a recomendaciones médicas