

## Formulario para identificación de contactos

Área de Salud \_\_\_\_\_

Nombre del Caso positivo COVID-19 \_\_\_\_\_

Nombre y cargo del responsable del seguimiento: \_\_\_\_\_

No.	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD	SEXO (F/M)	TELEFONOS	TIPO DE CONTACTO (F: familiar, V: vuelo, S: personal salud, E: sala espera, C: comunitario)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								