

## FICHA DE REPORTE DE RESULTADOS DE PRUEBA RÁPIDA. COVID-19<sup>a</sup>

			Na de Registro				
DATOS DEL PA	CIENTE						
Tipo de docume	ento (	) DNI	( ) Carnet de Extra	njería	ı () Pasapı	orte	
Numero de doc	umento			Cel	ular		
Edad Nombres		Apellido Paterno		Sex	Sexo		
				Apellido Materno			
Dirección				<u> </u>			_
Departamento			Provincia		Distrito		
lombre del EESS RENIPRESS:	:						
			( ) NO Cuá	l:			
- -			NO Fecha de inicio				
				ue SII	//		
Marque los síntomas que Tos			Fiebre/ escalofrío		Cefalea	Cefalea	
Dolor de garganta			Malestar general		Irritabilid	ad/ confusión	T
Congestión nasal			Diarrea		Dolor	Dolor	
Dificulta	Dificultad respiratoria		Náuseas/ vómitos		Otros:	Otros:	
OATOS DE LA PR	RUEBA RA	APIDA					
echa de ejecució	n de la pru	ueba ráp	ida://				
rocedencia de la	solicitud o	de diagno	óstico:				
Llamada al 113	Cor	ntacto co	con caso confirmado		Persona extranjero (migraciones		
De EESS Contacto			con caso sospechoso		Personal de salud		
Otro priorizado							
Resultado de la Pl ) Reactivo		PR		como	de la SEGUND o resultado de la Reactivo IgM	A PR, en caso de a primera	
(         ) Reactivo IgM (         ) Reactivo IgG			( ) Reactive IgM				
) Reactivo IgM/IgG			( ) Reactivo IgM/I			G	
) No Rea			(	)	No Reactivo		
) Inválido							
Clasificación Clínio	ca de Seve	eridad: (	) Leve ( ) Modera	ado (	) Severo		
El paciente prese	enta algun	a condic	ión de riesgo? ( ) SI	(	) NO ¿Cuál?: _		_
DATOS DEL PER	SONAL Q	UE REA	LIZA LA PRUEBA R	ÁPID	A		ļ
Nombres y Apellid	los:						
Número de DNI:							
_							

Este formato de registro individual impreso se debe registrar en el formulario web "FORMULARIO INTEGRADO: F100 F200 F300" que se encuentra en la página https://web.ins.gob.pe/pr