|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EVALUACIÓN POR EXPOSICIÓN A RIESGO BIOLÓGICO: INFECCIONES RESPIRATORIAS** | | | | | | | | | | | | | |
| **Área de Trabajo** | | **SISTEMAS** | | | | | | **C I.** | | 1722128905 | | | |
| **Nombres** | | **Jenny Patricia** | | | | | | **Edad** | | 27 | | | |
| **Apellidos** | | **Tipán Villegas** | | | | | | **Teléfono Domicilio** | | 2627-729 | | | |
| **Cargo** | | **Programador** | | | | | | **Teléfono** | |  | | | **Ext:** |
| **Celular** | | 0983253991 | | | |
| **Fecha de viaje Internacional en el último mes** | | | | | | | | **Desde** | |  | | | |
| **Hasta** | |  | | | |
| **Dirección de su Domicilio** | | | **Santa Rita calle Guanando S25-209 y Maná** | | | | | | | | | | |
| **Sector** | **Sur** | | | **Parroquia** | | | | Solanda | | |
| **Persona de contacto** | | | **Rosa Villegas** | | | | | | | | | | |
| **Parentesco** | **Madre** | | **Teléfono fijo** | | **2627729** | | | | **Celular** | | | 0998970626 | |
| **Fecha de Encuesta (DD/MM/AAAA):** | | | | | | | **29/04/2020** | | | | | | |
| **AREA GEOGRAFICA DE EXPOSICIÓN** | | | | | | | | | | | | | |
| **Indique lugares de visita en los últimos 14 días**  **Ninguno** | | | | | |  | | | | | | | |
| **SÍNTOMATOLOGÍA Y CONTACTOS**  **(MARQUE CON UNA X)** | | | | | | **SI** | | **NO** | **COMENTARIO** | | | | |
| **¿Ha tomado o está tomando algún medicamento antiviral o antibiótico para algún proceso respiratorio en los últimos 14 días?** | | | | | |  | | **x** |  | | | | |
| **¿Ha acudido a algún médico por alguna sintomatología respiratoria en los últimos 14 días?** | | | | | |  | | **x** |  | | | | |
| **¿Ha estado en contacto con personas expuestas a síntomas respiratorios infecciosos, como tos, fiebre?** | | | | | |  | | **x** |  | | | | |
| **¿Ha tenido o tiene algún síntoma como fiebre, tos, estornudos, expectoración, dificultad respiratoria, luego de un viaje en los últimos 14 días?** | | | | | |  | | **x** | **Cual?** | | | | |
| **¿En los últimos 14 días ha recibido a un familiar de otro país con riesgo COVID-19?** | | | | | |  | | **x** |  | | | | |
| **¿En los últimos 14 días, en su hogar se hospeda una persona de otro país con riesgo COVID-19?** | | | | | |  | | **x** |  | | | | |
| **¿Se administró vacuna contra la influenza en este último año?** | | | | | |  | | **x** | **Fecha:** | | | | |
| **¿Se administró vacuna antineumococica (neumonía) en este último año?** | | | | | |  | | **x** | **Fecha:** | | | | |
| **¿Posee alguna enfermedad catastrófica certificada por el IESS o el MSP?** | | | | | |  | | **x** |  | | | | |
| **¿Posee Diabetes certificada por el IESS 0 el MSP?** | | | | | |  | | **x** |  | | | | |
| **¿Posee Hipertensión Arterial certificada por el IESS o el MSP?** | | | | | |  | | **x** |  | | | | |
| **¿Posee Patología Cardiovascular certificada por el IESS o el MSP?** | | | | | |  | | **x** |  | | | | |
| **¿Posee Patología Cerebrovascular certificada por el IESS o el MSP?** | | | | | |  | | **x** |  | | | | |
| **¿Posee Patología Respiratoria Crónica, como: bronquitis crónica, enfisema pulmonar o asma bronquial, certificada por el IESS o el MSP?** | | | | | |  | | **x** |  | | | | |
| **¿Posee Obesidad Mórbida certificada por el IESS o el MSP?** | | | | | |  | | **x** |  | | | | |
| **¿Posee Discapacidad certificada por el Conadis o el MSP?** | | | | | |  | | **x** | **Tipo:** | | | | |
| **Porcentaje:** | | | | |
| **Declaró que todo lo manifestado en este documento es verdad.**  **Firma: Jenny Tipán**  **CI: 1722128905**  **Email: jtipan@casapazmino.com.ec** | | | | | **Autorización:**  **………………………………………………………………………………………**  **Departamento de Talento Humano** | | | | | | | | |