

LOGIN

LOGIN

USUARIO:

XXXXXXXXXX

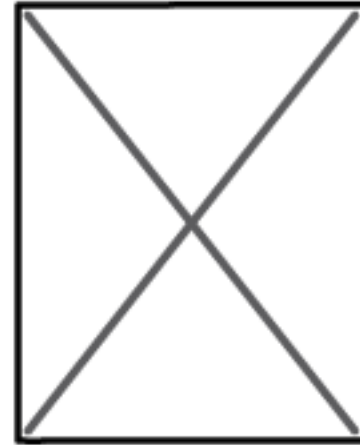
CONTRASEA



ACEPTAR



CANCELAR



REGISTROS

DIAGNOSTICO PREVENTIVO

RECOMENDACIONES

ACERCA DE...

AYUDA

BIENVENIDOS AL SISTEMA

DIAGNOSTICO PREVENTIVO

REGISTRO DE PARIENTE

RECOMENDACIONES SEGUN TU ESTADO

APORTE DE INFORMACION DE CONTAGIO

USTED INGRESO CON EL USUARIO: XXXXXX XXXXXX XXXXXX

DIAGNOSTICO PREVENTIVO

Marque la casilla correspondiente en cas de aver o no presentado al gun sintoma en los ultimos dias

ENCUESTA:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| TOS: | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| DOLOR DE GARGANTA: | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| ESCALOFRIOS: | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| MAESTAR ESTOMACAL O DIARREA: | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| DOLOR CORPORAL GENERAL: | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| ¿PRESENTA DOLOR DE CABEZA? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| SI A TENIDO FIEBRE ¿SU TEMPERATRA SUPERIOR A 38 °C? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| ¿HA PERDIDO EL OLFATO O DURANTE EL DIA TIENE LA NARIZ TAPADA? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| ¿SE LE DIFICULTA RESPIRAR O SIENTE QUE LE HACE FALTA EL AIRE? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| ¿SIENTE CANSANCIO O NORMALMENTENO PUEDE HACER SUS ACTIVIDADES? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| ¿VIAJO LOS ULTMOS 14 DIAS? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| SI VIAJO ¿ESTUVO EN ALGUNAS DE LAS AREAS AFECTADAS POR EL COVID-19? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| ¿ESTUVO EN CONTACTO DIRECTO CON ALGUN FAMILIAR POSITIVO A COVID-19? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |

<<--CANCELAR

SIGUIENTE-->>



N° factura: 99999999

FECHA:dd/mm/aaaa

Empresa:xxxxxxxxxx

FACTURA POR TERCEROS

Empleado: XXXXXX XXXXXX XXXXXX

CI/NIT:xxxxxxxxxxxxx xxx

NOMBRE: xxxxxxxxxxxxxxxx

DETALLE DELA COMPRA

N°	PRODUCTO	P. VENTA	CANTIDAD	SUB.TOTAL	
99	XXXXXXXXXX	99.99	99	9999	99
99	XXXXXXXXXX	99.99	99	9999	99
99	XXXXXXXXXX	99.99	99	9999	99
99	XXXXXXXXXX	99.99	99	9999	99

TOTAL FACTURA ES: BS. 99999,999

CERRAR

RESULTADOS COVID-19

USTED DIO A POSITIVO PARA COVID-19

SE RECOMIENDA EL AUTO AISLAMIENTO PREVENTIVO:

SU INFORMACION SE ENVIARA AL SEGURO UNIVERSITARIO LOCAL

SE SUGIERE REALIZAR UNA PRUEVA DE PCR. PARA CORROBORAR LA INFORMACION

LA CUAL YA FUE NOTIFICADA AL SEGURO ENVIANDO SUS DATOS PERSONALES

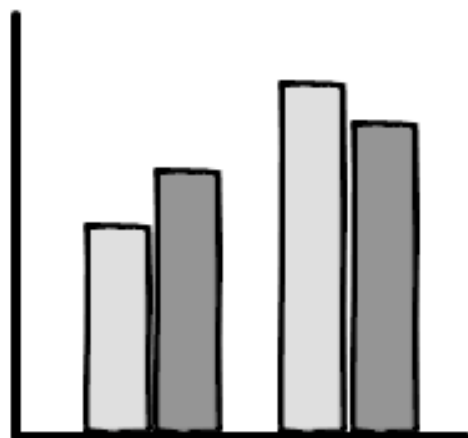
SU FICHA Y HORA DE ATENCION ES:

FECHA DE PRUEVA: dd/mm/aa NUMERO DE FICHA: 99

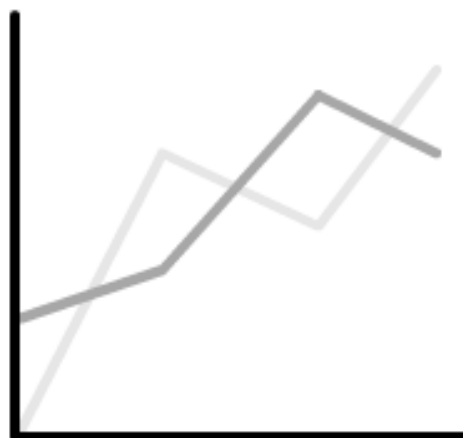
CANCELAR

ACEPTAR LA PRUEVA PARA PCR

ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE



SEGUIMIENTO:



ESTADO

FECHA DE DETECCION: dd/mm/aaaa

FECHA DE PRUEVA PCR:dd/mm/aaaa

DIAGNOSTICO

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CERRAR

ENVIAR INFORME

APORTE DE INFORMACION

FECHA APROXIMADA DEL CONTAGIO: dd/mm/aaaa

LUGARES QUE FRECUENTO EN LOS ULTIMOS 15 DDIAS:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

ACTIVIDAD A LA QUE SE DEDICA:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

FUNCION QUE CUMPLE EN S TRABAJO:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CERRAR

ACEPTAR

REGISTRO DE PARIENTES

C.I.: XXXXXXXX

PARENTESCO:

PAPA



PATERNO XXXXXXXX

MATERNO: XXXXXXXX

NOMBRES: XXXXXXXX

FECHA NAC. DD/MM/AAAA

MAMA
HIJO (A)
HERMANO (A)
APODERADO
OTROS

AGREGAR INFORMACION--->>

CI	PATERNO	MATERNO	NOMBRES	PARENTESCO	F. NAC.
XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX	dd/mm/aaaa
XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX	dd/mm/aaaa
XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX	dd/mm/aaaa
XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX	dd/mm/aaaa

CERRAR

GUARDAR