

**FORMULARIO ÚNICO "F200": INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA**

Fecha y hora de notificación	
------------------------------	--

**I. DATOS DEL PERSONAL QUE REALIZA FICHA DE INVESTIGACIÓN**

1.1 Número de identificación	
1.2 Apellido paterno	
1.3 Apellido materno	
1.4 Nombres	

**II. DATOS GENERALES**

2.1 Tipo Documento	
2.2 Número Documento	
2.3 Apellido paterno	
2.4 Apellido materno	
2.5 Nombres	
2.6 Edad	
2.7 Sexo	
2.8 Celular	
2.9 Otro teléfono (opcional)	
2.10 Domicilio o residencia	A. Información de domicilio B. Lugar donde se hospeda actualmente
2.11 Dirección (verificado) donde reside actualmente	
2.12 Departamento/Provincia /Distrito	
2.13 Geolocalización del domicilio o residencia	
2.14 Tipo de seguro	
2.15 Ingreso tipo de seguro	
2.16 Correo	
2.17 ¿Qué profesión/ocupación tiene?	

**2.18 Resultados de pruebas previas (visualización automática)**

Fecha	Tipo de prueba	Resultado



### III. CUADRO CLÍNICO

3.1 Hospitalizado	A. SI B. NO
3.2 Fecha de hospitalización	
3.3 ¿Tiene algún signo?	A. SI B. NO
3.4 Temperatura del paciente	
3.5 Marque los signos que presenta	A. Exudado faríngeo B. Inyección conjuntival C. Convulsión D. Coma E. Disnea/taquipnea F. Otros (especificar): _____
3.6 Condiciones de comorbilidad	A. Mayor de 60 años B. Hipertensión arterial C. Enfermedad cardiovascular D. Diabetes E. Obesidad F. Asma G. Enfermedad pulmonar crónica H. Insuficiencia renal crónica I. Enfermedad o tratamiento inmunosupresor J. Cáncer K. Embarazo o puerperio L. Personal de salud
3.7 Embarazo (trimestre)	A. Primer trimestre B. Segundo trimestre C. Tercer trimestre
3.8 Otros (especificar)	

### IV. INFORMACIÓN DE VIAJE Y EXPOSICION

4.1 ¿Ha viajado en los 14 días anteriores a la fecha de inicio de síntomas?	A. SI B. NO
4.2 Viaje 1 • País • Ciudad	
4.3 Viaje 2 • País • Ciudad	
4.4 Viaje 3 • País • Ciudad	
4.5 ¿Ha tenido contacto con un caso confirmado o probable en los 14 días antes del inicio de síntomas?	A. SI B. No C. Desconocido



**V. DATOS DE LABORATORIO**

5.1 Fecha de obtención de muestra	A. Si B. No
5.2 Obtención de muestra para rt-PCR	A. Hisopada nasal y faríngeo B. Aspirado traqueal C. Aspirado bronco alveolar D. Lavado bronco alveolar E. Tejido pulmonar

**VI. CONTACTOS**

Número de contactos a consignar	
---------------------------------	--

**Registro de contacto**

5.1 Apellidos y nombres	
5.2 Número de DNI	
5.3 Número de celular	
5.4 Factores de riesgo	A. Mayor de 60 años B. Hipertensión arterial C. Enfermedad cardiovascular D. Diabetes E. Obesidad F. Asma G. Enfermedad pulmonar crónica H. Insuficiencia renal crónica I. Enfermedad o tratamiento inmunosupresor J. Cáncer K. Tuberculosis L. Embarazo o puerperio M. Personal de salud
5.5 Parentesco	A. Jefe/Jefa del hogar B. Esposa(o) C. Hijo(a) D. Yerno/Nuera E. Nieto(a) F. Padres/ Suegros G. Otros parientes H. Trabajadora del hogar I. Pensionista J. Otros no parientes