

ELIGIBILIDAD

ID del participante: _____

Fecha de llenado: ____ / ____ / 202 ____
 día mes año

Entrevistador: _____

Site:
____ Hosp. 1
____ Hosp. 2

Instrucciones: Complete este formulario al momento del Tamizaje. Los siguientes criterios de **inclusión (Página 1)** y **exclusión (Página 2)** tienen que ser cumplidos para calificar para el enrolamiento. Ver Manual de Procedimientos en búsqueda de instrucciones específicas, lenguajes y estándares usados en este formulario. Lea cuidadosamente cada ítem y use un bolígrafo negro y letra legible para llenar los espacios en blanco presionado firmemente.

1. Nombre completo: _____

2. Teléfono de contacto: _____

3. Sexo: ____ Masculino

____ Femenino

2. Edad (años): ____

3. Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
 día mes año

4-6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Si alguno de los ítems citados abajo es marcado como NO, el sujeto es NO ELEGIBLE. Explicar esto al sujeto y agradecerle por participar.

4. ¿Edad ≥ 18 años?	____ Sí ____ No
5. ¿Tiene capacidad de dar consentimiento informado o familiar/cuidador puede otorgar consentimiento informado?	____ Sí ____ No
6. ¿Infección por SARS-CoV-2 confirmada mediante prueba molecular?	____ Sí ____ No

5. El participante es elegible para enrolarse en el estudio basado en los criterios anteriores:

____ Sí
____ No

6. El participante acepto ser parte del estudio y firmó el Formato de Consentimiento Informado:

____ Sí
____ No

7. Fecha de admisión al hospital: ____ / ____ / 202 ____
 día mes año

8. Comentarios:
