Site:

\_\_ Hosp. 1

\_\_ Hosp. 2

Fecha de llenado: \_\_ \_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / 202 \_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_\_\_

día mes año

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:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_