



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de información Sivigila
Ficha de notificación

Seguimiento a contactos de casos probables o positivos

FOR-R02.0000-082 V:02 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS DEL CASO PROBABLE O POSITIVO

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
-------------------------------------	---------------	------------------------

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Fecha de notificación del contacto (dd/mm/aaaa)
<div></div> / <div></div> / <div></div>

2. IDENTIFICACIÓN DEL CONTACTO

2.1 Tipo de documento <input type="radio"/> RC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> MS <input type="radio"/> AS <input type="radio"/> PE <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CD <input type="radio"/> SC <input type="radio"/> DE <input type="radio"/> PT		2.2 Número de identificación	
<small>*RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDULA CIUDADANÍA CE : CÉDULA EXTRANJERÍA PA : PASAPORTE MS : MENOR SIN ID AS : ADULTO SIN ID PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CD : CARNE DIPLOMÁTICO SC : SALVOCONDUCTO DE : DOCUMENTO EXTRANJERO PT : PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL</small>			
2.3 Nombres y apellidos del contacto			2.4 Teléfono
2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	2.6 Edad	2.7 Unidad de medida de la edad	2.8 Sexo
<div></div> / <div></div> / <div></div>		<input type="radio"/> 1. Años <input type="radio"/> 3. Días <input type="radio"/> 5. Minutos <input type="radio"/> 2. Meses <input type="radio"/> 4. Horas <input type="radio"/> 0. No aplica	<input type="radio"/> M. Hombre <input type="radio"/> I. Indeterminado <input type="radio"/> F. Mujer
2.9 Nacionalidad			
2.17 Ocupación del paciente <small>Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior</small>	2.18 Tipo de régimen en salud		2.19 Nombre y código de la administradora de planes de beneficios
<div></div>	<input type="radio"/> P. Excepción <input type="radio"/> C. Contributivo <input type="radio"/> N. No Asegurado <input type="radio"/> E. Especial <input type="radio"/> S. Subsidiado <input type="radio"/> I. Indeterminado/ pendiente		<div></div>
3.2 País, departamento y municipio de residencia habitual del contacto			3.2 Dirección
<div></div> País <div></div> Departamento <div></div> Municipio			3.3 E-Mail

3. DESPLAZAMIENTO Y TIPO DE CONTACTO

3.1 Viajó en los últimos 21 días? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		3.2 Fecha de posible exposición
		<div></div> / <div></div> / <div></div>
1	PAÍS DEPARTAMENTO O ESTADO CIUDAD O MUNICIPIO	3.3 Tipo de contacto (No aplica para evento 880) <input type="radio"/> 1. Familiar <input type="radio"/> 2. Compañero de vuelo <input type="radio"/> 3. Personal de salud <input type="radio"/> 4. Sala de espera <input type="radio"/> 5. Social 3.3.1 Si es personal de salud en qué institución labora? <div></div>
2	PAÍS DEPARTAMENTO O ESTADO CIUDAD O MUNICIPIO	
3	PAÍS DEPARTAMENTO O ESTADO CIUDAD O MUNICIPIO	
4	PAÍS DEPARTAMENTO O ESTADO CIUDAD O MUNICIPIO	
5	PAÍS DEPARTAMENTO O ESTADO CIUDAD O MUNICIPIO	

4. DATOS CLINICOS DEL CONTACTO

4.1 Contacto con síntomas? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	4.1.1 Fecha de inicio de síntomas	4.2 Hospitalizado
	<div></div> / <div></div> / <div></div>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

5. DATOS DE LABORATORIO DEL CONTACTO

5.1 Toma de muestra? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	5.2 Fecha de toma de muestra	5.3 Resultado
	<div></div> / <div></div> / <div></div>	<div></div>



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación

Seguimiento a contactos de casos probables o positivos

FOR-R02.0000-082 V:02 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS DEL CASO PROBABLE O POSITIVO

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
-------------------------------------	---------------	------------------------

6. SEGUIMIENTO

DÍA	FECHA	HORA (24h)	SINTOMAS		TOS		FIEBRE		ODINOFAGIA		DIFICULTAD RESPIRATORIA		FATIGA O ADINAMIA		HOSPITALIZADO	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
		No aplica para evento 880														
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																