

Anexo 3

Hoja de seguimiento de paciente COVID-19

Iniciales del paciente: _____ DNI: _____ Fecha de diagnóstico: _____
Teléfono (propio o de familiar del hogar): _____

1) ¿Se siente igual que ayer? Sí / No (Si es NO, pasar a enumerar el grupo A de síntomas).

Grupo A: listar todos los síntomas a los pacientes que no se sientan igual que el día anterior

Día	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Fecha													
Fiebre o temperatura alta													
Tos o dolor de garganta													
Malestar general													
Pérdida del olfato o del gusto													
Diarrea													
Dificultad respiratoria													
Dolor torácico													
Náuseas/vómitos													

Grupo B: ¿Tiene otra molestia? (Marcar solo si refiere alguno de los siguientes síntomas)

Alteración mental (alteración de la conciencia, desorientación, etc.)													
Dolor de cabeza													
Desmayos													
Rinitis (secreción nasal)													
Fatiga al caminar													
Palpitaciones													
Rash o erupciones en la piel													
Otros: SatO2 / Pulso *													

*Si disponible