



PERÚ Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA COVID-19

I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN

- 1. Fecha notificación: ___/___/___
- 2. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____
- 3. EESS: _____
- 4. Inst. Adm: MINSA EsSalud Privado
- 5. Clasificación del caso: Confirmado Probable Sospechoso
- 6. Detectado en punto de entrada: Si No Desconocido
- Si la respuesta es si, fecha: ___/___/___ Lugar _____

II. DATOS DEL PACIENTE

- 7. Apellidos y nombres: JESUS ALEXANDER NAZARET PAREDES CABALLERO
- 8. Fecha de nacimiento: 07/07/79 9. Edad: 41 Año Mes Día
- 10. Sexo: Masculino Femenino 11. N° DNI: 40280141 N° Teléfono: 962939595

LUGAR PROBABLE DE INFECCION

- 12. Lugar donde el caso fue diagnosticado
- País: PERU Provincia: LIMA Distrito: V.E.S.

INFORMACIÓN DEL DOMICILIO DEL PACIENTE

- 13. Dirección de residencia actual: SECTOR 2 GRUPO 5 MZE LOTE II
- País: PERU Provincia: LIMA Distrito: V.E.S.

III. CUADRO CLÍNICO

- 14. Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___ Asintomático Desconocido
- 15. Hospitalizado: Si No Desconocido
- Si fue hospitalizado, complete la siguiente información:
- 16. Fecha de hospitalización: ___/___/___ 34. Nombre del Hospital: _____
- 17. Aislamiento: Si No Fecha de aislamiento: ___/___/___
- 18. El paciente estuvo en ventilación mecánica: Si No Desconocido
- 19. Evolución del paciente: Recuperado No recuperado Falleció Desconocido
- 20. Fecha de defunción, si aplica: ___/___/___

21. Síntomas:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre/escalofrío | <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria | <input type="checkbox"/> Dolor Marque todos los que aplica: |
| <input type="checkbox"/> Malestar general | <input type="checkbox"/> Diarrea | () Muscular () Pecho |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos | () Abdominal () Articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Cefalea | |
| <input type="checkbox"/> Congestión nasal | <input type="checkbox"/> Irritabilidad/confusión | |
| <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____ | | |

22. Signos:

- Temperatura: _____ °C
- Exudado faríngeo Coma Hallazgos anormales en Rx pulmonar
- Inyección conjuntival Disnea/taquipnea
- Convulsión Auscultación pulmonar, anormal
- Otros, especificar: _____

23. Condiciones de comorbilidad

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Embarazo (Trimestre: _____) | <input type="checkbox"/> Pos parto (< 6 semanas) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión) | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia (incluye VIH) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Daño hepático |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica neurológica o neuromuscular | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica |
| <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer |

IV. Información de viaje y exposición en los 14 días anteriores a la fecha de inicio de síntomas (antes de informar si es asintomático)

24. Ocupación

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Trabajador de salud |
| <input type="checkbox"/> Trabaja con animales | <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Trabajador de salud en laboratorio | |

25. ¿Ha viajado el paciente 14 días antes de la fecha de inicio de síntomas? Si No Desconocido

26. Si la respuesta es Si, especifique los lugares a los que el paciente viajó:

- | País | Ciudad |
|---------|--------|
| 1 _____ | _____ |
| 2 _____ | _____ |
| 3 _____ | _____ |

27. ¿Ha visitado algún establecimiento de salud en los 14 días previos al inicio de síntomas?

- Si No Desconocido Si la respuesta es SI, nombre del EESS _____

28. ¿Ha tenido El paciente contacto cercano con una persona con infección respiratoria aguda en los 14 días previos al inicio de síntomas? Si la respuesta es si, marque según corresponda:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Entorno de salud | <input type="checkbox"/> Entorno familiar | <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo |
| <input checked="" type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____ | |

29. ¿Ha tenido contacto con un caso confirmado o probable en los 14 días previos al inicio de síntomas?

- Si No Desconocido

Si la respuesta es si, liste los datos de los casos confirmados o probables:

- Caso 1: _____
Caso 2: _____
Caso 3: _____

Si la respuesta es si, marque el entorno, según corresponda:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Entorno de salud | <input type="checkbox"/> Entorno familiar | <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo |
| <input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____ | |

Si la respuesta es si, registre el país/departamento/localidad de exposición: _____

30. ¿Ha visitado algún mercado donde se encuentre animales vivos en los 14 días previos al inicio de síntomas?

- Si No Desconocido

Si la respuesta es si, registre el país/departamento/localidad de exposición: _____

V. LABORATORIO (Para ser llenado por laboratorio)

31. Fecha de toma de muestra: ____/____/____

32. Tipo de muestra: _____ 33. Tipo de prueba: _____

34. ¿Se realizó secuenciamiento? Si No Desconocido

35. Fecha de resultado de laboratorio: ____/____/____

VI. INVESTIGADOR

54. Persona que llena la ficha: _____

55. Firma y sello: