

EVALUACION OCUPACIONAL COVID 19

Fecha: 15 / 07 / 20 Hora: 13:00

APELLIDOS Y NOMBRES: JESUS ALEXANDER PAREDES CABALLERO Edad: 41

Factores de riesgo para COVID 19	SI	NO	Triaje	
Edad mayor de 65 años		<input checked="" type="checkbox"/>	Temperatura °C	<u>36</u>
Hipertensión arterial		<input checked="" type="checkbox"/>	Saturación de oxígeno (%)	<u>96%</u>
Enfermedades cardiovasculares		<input checked="" type="checkbox"/>	Frecuencia cardíaca x min	
Cáncer		<input checked="" type="checkbox"/>	Peso (Kilos)	
Diabetes mellitus		<input checked="" type="checkbox"/>	Talla (Metros)	
Asma moderada o grave		<input checked="" type="checkbox"/>	IMC	
Enfermedad pulmonar crónica		<input checked="" type="checkbox"/>	Presión arterial(mmHg)	/
Insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis		<input checked="" type="checkbox"/>	Otras enfermedades que dese declarar:	
Enfermedad o tratamiento inmunosupresor		<input checked="" type="checkbox"/>		
Obesidad con IMC de 40 a más		<input checked="" type="checkbox"/>		

Fecha de inicio del primer síntoma: 23 / 05 / 20 No aplica ()

Numero de días sin síntomas respiratorios: 34

Medicamentos utilizados: Paracetamol , Azitromicina , Ivermectina , Dextrometorfano (), Otros ()

Estuvo en contacto con pacientes sospechosos o diagnosticados de COVID 19 en los últi SI () No

Quien? Detalle fechas:

Signos y síntomas recientes: NINGUNO Tiempo enfermedad: 20 días

Examen físico preferencial:

Pulmones:

Murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares SI () No ()

Ampliar:

Laboratorio:

Fecha de primera prueba rápida: ____/____/____ No aplica ()

A) Negativa () B) IgG(+) () C) IgM(+) () D) IgM(+) e IgG(+) ()

Fecha de segunda prueba rápida: ____/____/____ No aplica ()

A) Negativa () B) IgG(+) () C) IgM(+) () D) IgM(+) e IgG(+) ()

Fecha de prueba molecular: ____/____/____ No aplica ()

A) Negativa () B) Positiva ()

Impresión clínica:

Clínicamente sano (Z:00) ()

COVID 19, virus identificado(U07.1) () **Recuperado ()**

COVID 19, virus NO identificado (U07.2) ()

COVID 19, descartado (U07.2) ()

Otros: Detallar

Conclusión:

No se reincorpora/retorna/ingresa al trabajo ()

Se reincorpora/retorna/ingresa al trabajo ()

Tratamientos o exámenes adicionales: Si () No ()

1.- _____

4.- _____

2.- _____

5.- _____

3.- _____

Cita de control: ____/____/____ Hora: ____:____

Firma y sello del médico