

Planilla de registro

observación del estado de salud de personas en contacto con el paciente COVID-19

Esta planilla se administra a través del Centro de Salud Pública bajo jurisdicción. La persona que resulta objeto de la observación debe prestar atención al estado de salud de manera constante. Dígame que se comunique con el Centro de Salud Pública inmediatamente si aparece algún síntoma. La observación del estado de salud termina en el decimocuarto (14) día desde el último día del contacto.

Número en lista de la persona:			Nombre y apellido de la persona a observar:				Dirección:				Tel: - -				
Nombre y apellido del paciente:			Fecha y hora del último contacto con el paciente: año mes día aprox. hora				Relación con el paciente:				Email: @				
Observación del estado de salud		1º día	2º día	3º día	4º día	5º día	6º día	7º día	8º día	9º día	10º día	11º día	12º día	13º día	14º día
Fecha		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Temperatura corporal máxima															
Síntomas respiratorios	Tos con mucosidad	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí
	Dificultad para respirar	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí
	Moco en forma líquida nariz tapada	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí
	Dolor de garganta	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí
Otros	Náusea, vómito	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí
	Conjuntivitis irritación	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí
	Dolor de cabeza	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí
	Fatiga en el cuerpo	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí
	Dolor de músculos articulaciones	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí
	Diarrea	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí
	Pérdida de conciencia	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí
	Calambre	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí
Otros															
Confirmación a la mañana y tarde <input checked="" type="checkbox"/> . Método (teléfono, entrevista, etc.)		Mañana : <input type="checkbox"/> ()	Mañana : <input type="checkbox"/> ()	Mañana : <input type="checkbox"/> ()	Mañana : <input type="checkbox"/> ()	Mañana : <input type="checkbox"/> ()	Mañana : <input type="checkbox"/> ()	Mañana : <input type="checkbox"/> ()	Mañana : <input type="checkbox"/> ()	Mañana : <input type="checkbox"/> ()	Mañana : <input type="checkbox"/> ()	Mañana : <input type="checkbox"/> ()	Mañana : <input type="checkbox"/> ()	Mañana : <input type="checkbox"/> ()	Mañana : <input type="checkbox"/> ()
		Tarde : <input type="checkbox"/> ()	Tarde : <input type="checkbox"/> ()	Tarde : <input type="checkbox"/> ()	Tarde : <input type="checkbox"/> ()	Tarde : <input type="checkbox"/> ()	Tarde : <input type="checkbox"/> ()	Tarde : <input type="checkbox"/> ()	Tarde : <input type="checkbox"/> ()	Tarde : <input type="checkbox"/> ()	Tarde : <input type="checkbox"/> ()	Tarde : <input type="checkbox"/> ()	Tarde : <input type="checkbox"/> ()	Tarde : <input type="checkbox"/> ()	Tarde : <input type="checkbox"/> ()
Notas															
Aprobación															

Nombre del Centro de Salud Pública:

Oficial a cargo:

Dirección :

Tel:

Fax: