

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA				FICHA EPIDEMIOLOGICA VIGILANCIA VIRUS RESPIRATORIOS – COVID 19				Versión: 3 Actualización marzo 2022				
1. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN												
UNIDAD NOTIFICADORA	Fecha de notificación	Día	Mes	Año	No. de ficha (Código Unidad de Salud)			Evento COVID19	Año	No.		
Área de Salud				Distrito								
Servicio u Hospital			Seguro Social (IGSS)		Establecimiento Privado		Especifique:					
Servicio donde se capta el caso		Consulta Externa	Emergencia	Encamamiento	UCI	Domicilio	Otro	Especifique:				
Responsable del llenado del instrumento – Nombre completo								Cargo				
Teléfono		Correo Electrónico			Firma y Sello							
2. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE												
NOMBRE DEL PACIENTE 1er. Nombre						2do. Nombre						
1er. Apellido			2do. Apellido			Sexo	Masculino		Femenino			
Embarazada	Si	No	Edad Gestacional		Trimestre	Post Parto	Si	No				
Ocupación			Edad	Años:	Meses:	Fecha de Nacimiento		DÍA	MES	AÑO		
Código Único de Identificación del paciente			Nombre del Tutor			Teléfono del tutor						
Pueblo	Maya	Ladino/Mestizo	Garífuna	Xinca	Otro: (especifique)							
Escolaridad	Ninguna	Primaria	Secundaria	Diversificado	Universitario	No sabe						
3. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA												
Dirección:								Teléfono				
Departamento			Municipio			Comunidad / Aldea/Zona						
4. ANTECEDENTES												
Caso sospechoso de reinfección		Si	No	Fecha de Diagnóstico			Lugar de Diagnóstico					
Recibió Vacuna de COVID-19	Si	No	No sabe	Número de dosis recibida		Una dosis	Dos dosis		Tres dosis (refuerzo)			
Fecha de vacunación primera dosis	Día	Mes	Año	Tipo de vacuna recibida (1)			Fuente de Información de la Vacuna (2)					
Fecha de vacunación segunda dosis	Día	Mes	Año	Tipo de vacuna recibida (1)			Fuente de Información de la Vacuna (2)					
Fecha de vacunación tercera dosis	Día	Mes	Año	Tipo de vacuna recibida (1)			Fuente de Información de la Vacuna (2)					
5. DATOS CLINICOS												
FACTORES DE RIESGO												
Diabetes mellitus	Si	No	No sabe	Tratamiento con corticosteroides			Si	No	No sabe			
Enf. Pulmonar obstructiva crónica	Si	No	No sabe	Enfermedad hepática crónica			Si	No	No sabe			
Insuficiencia renal crónica	Si	No	No sabe	Cardiopatía crónica (hipertensión arterial)			Si	No	No sabe			
Cáncer	Si	No	No sabe	Disfunción Neuromuscular			Si	No	No sabe			
Asma	Si	No	No sabe	Obesidad			Si	No	No sabe			
Inmunosupresión	Si	No	No sabe	Otras:			Si	No	No sabe			
Fecha de inicio de Síntomas		Día	Mes	Año	<<<Sintomatología Al Momento De La Toma De Muestra>>>							
Fiebre ≥ 38º Centígrados	Si	No	No sabe	Perdida de Olfato			Si	No	No sabe			
Antecedentes de fiebre	Si	No	No sabe	Rinorrea			Si	No	No sabe			
Malestar general	Si	No	No sabe	Vómitos o diarrea			Si	No	No sabe			
Dolor muscular o de articulaciones	Si	No	No sabe	Disnea (dificultad para respirar)			Si	No	No sabe			
Dolor de cabeza	Si	No	No sabe	Estridor laríngeo			Si	No	No sabe			
Tos	Si	No	No sabe	Tiraje Subcostal			Si	No	No sabe			
Odinofagia	Si	No	No sabe	Otros:			Si	No	No sabe			
6. INFORMACIÓN COVID-19												
Motivo de realización de la prueba para COVID-19	Contacto con Caso Confirmado		Requisito de viaje		Búsqueda de Atención Médica		Otro	Especifique:				
¿Participó en algún evento social con presencia de caso(s) confirmados(s) en los últimos 14 días?			Si	Especifique:				No	No sabe			
7. MUESTRAS TOMADAS												
Se tomó muestra	Si	No	Tipo de muestra	Hisopado nasofaríngeo	Hisopado nasal	Hisopado orofaríngeo	Hisopado combinado	Fecha de toma de muestra	Día	Mes	Año	
Virus detectado:												
8. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA												
Vigilancia Enfermedad Tipo Influenza – ETI (Pacientes ambulatorios sintomáticos)						Vigilancia Infecciones Respiratorias Agudas Graves - IRAG (Pacientes hospitalarios sintomáticos)						
IRAG/ETI en trabajador de salud (sintomáticos)								Si	No			
Defunción relacionada con IRAG/ETI de causa desconocida (sintomáticos)								Si	No			
Clasificación	Confirmado	Confirmado por nexo Epidemiológico			Sospechoso	Probable	Descartado					
9. EVOLUCIÓN DEL PACIENTE												
El paciente fue Hospitalizado		Si	No	Fecha de Hospitalización			No. Expediente Clínico					
Ingreso A Encamamiento				Si	No	Ingreso A Observación			Si	No		
Ingreso A UCI				Si	No	Ventilación mecánica invasiva			Si	No		
						Ventilación mecánica no invasiva			Si	No		
Referido A Otro Hospital:				Si	No	¿Cuál?						
Fecha de recuperación/ egreso/fallecimiento			Día	Mes	Año	Condición del paciente al egreso			Vivo	Muerto		

(1) Tipo de vacuna:

* Pfizer Biontech * Moderna * Astra Zeneca/Oxford * Sputnik * Jhonson&Jhonson * Otras (especifique)

(2) Fuente de información de la vacuna:

1 Carné de vacunación revisado en físico 2 Registro nominal en papel 3 Registro nominal nacional (Electrónico) 4 Expediente clínico 5 Otros registros del PAI
6 Carné de vacunación leído por teléfono 7 Reporte verbal sin carné 8 Sin información