



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

SEGUIMIENTO EN SALUD A PERSONAS RESIDENTES EN COLOMBIA EN LA PANDEMIA DE COVID-19

NUMERO ATENCION

Grid for attention number

a a a a - m m - d d

Hora:

Grid for time (h h : m m)

A. DATOS DE LA PERSONA

1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
1. Tipo Documento de Identificación		2. Número de documento de identificación		Factores de riesgo			
RC	Registro Civil	[Grid]		<input type="checkbox"/> Mayor de 59 años <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiovascular <input type="checkbox"/> Enfermedad Respiratoria Crónica <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia			
TI	Tarjeta de identidad	3. Fecha de Nacimiento		4. Sexo			
CC	Cédula de ciudadanía	[Grid]		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
PA	Pasaporte	3.1 Edad (años)		[Grid]			
DE	Documento Extranjero						
PE	Permiso Especial de Permanencia						
CE	Cédula de extranjería						
SI	Sin identificación						

B. DATOS DE AISLAMIENTO O INTERNACION

5. Departamento:		6. Municipio:	
7. Dirección:			8. Teléfono:
9. Nombre IPS			10. Código
11. Motivo del aislamiento		12. PERSONA AISLADA	
<input type="checkbox"/> Caso sospechoso <input type="checkbox"/> Viajero internacional <input type="checkbox"/> Contacto de caso confirmado <input type="checkbox"/> Caso confirmado		<input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Institucion de Salud <input type="checkbox"/> Finca <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Sin lugar de aislamiento	
		14. Aislada en habitacion individual	
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		13a. Ingreso	
		[Grid]	
		13b. Egreso	
		[Grid]	
		15. SERVICIO DE SALUD EN EL QUE ESTA SIENDO ATENDIDO	
		16. Ambito de atención medica	
		<input type="checkbox"/> Domiciliaria <input type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Hospitalizacion <input type="checkbox"/> Cuidado Intermedio <input type="checkbox"/> Cuidado Intensivo <input type="checkbox"/> Otro	
		17a. Ingreso	
		[Grid]	
		17b. Egreso	
		[Grid]	
		18. Soporte Ventilatorio	
		<input type="checkbox"/> Cánula nasal <input type="checkbox"/> Máscara <input type="checkbox"/> Ventury <input type="checkbox"/> IOT <input type="checkbox"/> CPAP	
		19. Soporte Hemodinámico	
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

C. SINTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA

21. Sintomas		22. Fecha de inicio		23. Signos de alarma actuales		PRUEBAS DE LABORATORIO COVID-19	
<input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Decaimiento <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Ninguno		[Grid]		<input type="checkbox"/> Respiración rápida - taquipnea <input type="checkbox"/> Fiebre por mas de 2 días <input type="checkbox"/> Pecho que suena - sibilancias, estertores <input type="checkbox"/> Somnolencia o letargia <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Deterioro rapido del estado en general - Evolucion torpida		24a. Nombre de la prueba 24b. Resultado <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Pendiente	
						25. Fecha ultima prueba	
						[Grid]	

26. Estado de afectación de la persona con COVID-19		Entidad que hace el seguimiento					
<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Crítico <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> Reinfestado		[Grid]					
		Nombre de quien informa					
		Cargo o actividad:					
		Teléfono					
		indicativo		número		extensión	
		[Grid]		[Grid]		[Grid]	
		Correo electrónico					
		[Grid]					

