A close up of a logo

Description automatically generated

**Formulario de notificación de casos confirmados para el nuevo coronavirus COVID-19 (reportar a la OMS dentro de las 48 horas de la identificación del caso)**

Fecha de notificación a la autoridad nacional de salud: [\_D\_][\_D\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_A\_][\_A\_][\_A\_][\_A\_]

País informante:

Porqué se le tomaron muestras para COVID-19:

□ Contacto de un caso □ Buscó atención por enfermedad □ Detectado en punto de entrada □ Repatriación

□ Sistemas de vigilancia de rutina de enfermedades respiratorias agudas (ej. Influenza)

Si no fue ninguno de los mencionados, por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Sección1: Información del Paciente

Identificador único de caso (usado en el país):

Edad estimada: [ ][ ][ ] en años si < 1 año, [ ][ ] en meses, o si < 1 mes, [ ][ ] en días.

Sexo (*al nacimiento*): □ Masculino □ Femenino

Lugar donde se diagnosticó el caso: País:

Nivel Administrativo 1 (Provincia/Departamento): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Lugar habitual de residencia: País:

# Sección 2: Información Clínica

## Fecha de primer resultado confirmado por laboratorio: [\_D\_][\_D\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_A\_][\_A\_][\_A\_][\_A\_]

## ¿Tuvo algún signo o síntoma al momento de recolección de muestra que resultó confirmada por laboratorio?

□ No (es decir, asintomático) □ Sí □ Desconocido

*Si la respuesta es sí,* cuál fue la fecha de inicio de síntomas: [\_D\_][\_D\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_A\_][\_A\_][\_A\_][\_A\_]

## Tiene condiciones preexistentes y/o comorbilidad:

## ¿Alguna condición preexistente? □ No □ Sí □ Desconocido

## Si la respuesta es sí, por favor seleccionar todos los que apliquen:

* Embarazo (trimestre: \_) □ Posparto/Puerperio (< 6 semanas)
* Enfermedad cardiovascular, incluyendo hipertensión □ Inmunodeficiencia, incluyendo VIH
* Diabetes □ Enfermedad renal
* Enfermedad de hígado □ Enfermedad pulmonar crónica
* Enfermedad neurológica o neuromuscular crónica □ Malignidad

## Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Estado de salud al momento del reporte

Admisión al Hospital: □ No □ Sí □ Desconocido

Fecha de admisión al hospital: [\_D\_][\_D\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_A\_][\_A\_][\_A\_][\_A\_]

Si aplica:

¿El caso recibió cuidados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)? □ No □ Sí □ Desconocido

¿El caso recibió ventilación mecánica? □ No □ Sí □ Desconocido

¿El caso recibió oxigenación por membrana extracorpórea? □ No □ Sí □ Desconocido

Si no fue hospitalizado, ¿el caso está en aislamiento en otro lugar que no es el hospital? □ No □ Sí □ Desconocido

Fecha de aislamiento: [\_D\_][\_D\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_A\_][\_A\_][\_A\_][\_A\_]

Si el caso no fue hospitalizado o no está en aislamiento en un lugar que no es el hospital, por favor explicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sección 3: Información de exposición y antecedente de viaje en los 14 días previos al inicio de síntomas (antes de informar si es asintomático)**

En caso de que sea personal de salud (trabajó en algún establecimiento de salud): □ No □ Sí □ Desconocido

En caso afirmativo, especificar: País: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del establecimiento de salud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha **viajado** el paciente 14 días antes del inicio de síntomas? □ No □ Sí □ Desconocido

En caso afirmativo, especifique los lugares a los que viajó el paciente:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **País** | **Ciudad** | **Fecha de salida** |
|  | País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

¿Ha visitado el paciente **algún servicio de salud** en los 14 días previos al inicio de síntomas?  
 □ No □ Sí □ Desconocido

¿Ha tenido **contacto el paciente con un caso confirmado** en los 14 días previos del inicio de síntomas?

□ No □ Sí □ Desconocido

De ser así, llene los identificadores únicos de todos los casos (probables y confirmados):

De ser así, explique el tipo de contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identificador de Contacto** | **Fecha de primer contacto** | **Fecha de último contacto** |
| 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

País de mayor probabilidad de exposición\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sección 4: Evolución: completar y reenviar el formulario completo tan pronto se conozca el resultado de la enfermedad o después de 30 días desde el reporte inicial**

Fecha de reenvío de este reporte: [\_D\_][\_D\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_A\_][\_A\_][\_A\_][\_A\_]

Si el caso era asintomático al momento de la toma de muestra, el caso desarrolló algún signo o síntoma en algún momento antes del alta hospitalaria o muerte:

□ No (es decir, el caso se mantiene asintomático)

□ Sí, el caso asintomático (como fue reportado previamente) desarrolló signos y síntomas de enfermedad.

*De ser así,* ¿cuál fue la fecha de inicio de signos/síntomas de la enfermedad?: [\_D\_][\_D\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_A\_][\_A\_][\_A\_][\_A\_]

**Evolución clínica**:

Hospitalización (podría haber sido reportada previamente) □ No □ Sí □ Desconocido

*Si fue hospitalizado:*

Fecha de primera admisión a hospital: [\_D\_][\_D\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_A\_][\_A\_][\_A\_][\_A\_]

¿El caso recibió cuidados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)? □ No □ Sí □ Desconocido

¿El caso recibió ventilación mecánica? □ No □ Sí □ Desconocido

¿El caso recibió oxigenación por membrana extracorpórea? □ No □ Sí □ Desconocido

**Resultado final:** □ Alta hospitalaria □ Aún cursa con la enfermedad □ Muerte □ Otro:

Si la respuesta es otro, explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Fecha de alta* de aislamiento/hospitalización o *Fecha de fallecimiento:* [\_D\_][\_D\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_A\_][\_A\_][\_A\_][\_A\_]

**Si fue dado de alta de hospitalización/aislamiento, cuál fue la fecha de la última prueba de laboratorio:**

[\_D\_][\_D\_]/[\_M][\_M\_]/[\_A\_][\_A\_][\_A\_][\_A\_]

Resultados de la última prueba: □ positivo □ negativo □ desconocido

**Número total de contactos de alto riesgo de este caso:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Desconocido

A close up of a logo

Description automatically generated