**ANEXO I**

**CRIBADO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE COVID-19 (MSCSP)**

**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y apellido del paciente: |  |
| Diagnóstico: |  |

**IDENTIFICACIÓN DEL INFORME:**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha: | Informe realizado por: |

**OBJETIVO DEL INFORME:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Atención en consultas externas |  | Cirugía en CMA |  |
| Atención en consultas de urgencias |  | Cirugía Electiva |  |
| Planta hospitalización |  | Cirugía de Urgencias |  |

**INFORME CLÍNICO:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **¿Ha presentado en las últimas 2 semanas?** | **SI** | **NO** |
| Fiebre mayor de 37º |  |  |
| Tos seca |  |  |
| Dificultad respiratoria |  |  |
| Fatiga severa (cansancio) |  |  |
| Dolor muscular |  |  |
| Falta de olor |  |  |
| Falta de gusto |  |  |
| Diarrea, náuseas o vómitos |  |  |
| Alteraciones en los ojos tipo conjuntivitis |  |  |
| Alguna lesión cutánea |  |  |
|  |  |  |
| **Existe algún motivo que justifique los síntomas por parte del paciente:** | | |
| **¿Ha ACUDIDO al hospital, al centro de salud o LLAMADO al centro de atención por alguno de estos síntomas?** |  |  |
| **En caso afirmativo qué actitud le dijeron que tomara:** | | |
| **Historia epidemiológica (contactos con casos positivos en los últimos 14 días y/o procedencia de una residencia o institución cerrada donde haya casos confirmados o sospechosos).** | | |