**Datos de filiación del enfermo:**

1º apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2º apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,

Edad: \_\_\_\_\_ en años, Edad en meses en menores de dos años\_\_\_\_\_\_, Edad en días en menores de 1 mes \_\_\_\_\_\_

Sexo: Femenino ( ) Masculino ( ) Teléfono: \_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

País de residencia actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Pertenece a una agregación de casos**?: SI ( ) NO ( ),

En caso afirmativo: Nº de identificación REVISA del caso índice: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Es trabajador del sector sanitario?** SI ( ) NO ( ), En caso afirmativo indicar:

( ) Médico ( ) Enfermero ( ) Auxiliar ( ) Otro profesional sanitario y no sanitario:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Posible fuente de contagio: ( ) Atención a pacientes de COVID-19 ( ) Otra.

**¿Es trabajador Socio Sociosanitario?** SI ( ) NO ( ) **¿Es interno de centro sociosanitario?** SI ( ) NO ( )

Lugar de trabajo / centro socio-sanitario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asintomático SI ( ) NO ( ), en caso negativo, **fecha de inicio de los primeros síntomas** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Síntomas** | **SI** | **NO** |  | **Criterios de gravedad** | **SI** | **NO** |
| Fiebre (\*) |  |  |  | Neumonía |  |  |
| Tos |  |  |  | Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo |  |  |
| Dolor de garganta |  |  |  | Otros cuadros respiratorios graves |  |  |
| Escalofríos |  |  |  | Fallo renal agudo |  |  |
| Dificultad respiratoria |  |  |  |  |  |  |
| Vómitos |  |  |  | (\*) en caso afirmativo indicar grados: \_\_\_\_\_ ºC | | |
| Diarrea |  |  |  |  |  |  |

**Factores de riesgo y enfermedad base:** SI ( ) NO ( ) NS/NC ( ), en caso afirmativo especificar:

( ) Diabetes ( ) Enfermedad Cardiovascular ( ) Hipertensión arterial ( ) Enfermedad Pulmonar crónica

( ) Otra: especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ingreso en hospital:** SI ( ) NO ( ), en caso afirmativo:

Fecha de ingreso (dd/mm/aa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_, Fecha de alta (dd/m/aa) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Centro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ingreso en UCI**: SI ( ) NO ( ), en caso afirmativo:

Fecha de ingreso (dd/mm/aa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_, Fecha de alta (dd/m/aa) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

**Ventilación mecánica**: SI ( ) NO ( )

**Resultado:** ( ) Vivo y recuperado al final del seguimiento, fecha de alta epidemiológica (dd/mm/aa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

( ) Defunción, fecha de defunción (dd/mm/aa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_,

( ) Desconocido.

**Pruebas de laboratorio:** PCR.……………….. positiva ( ) negativa ( )

Test antígeno.………. positiva ( ) negativa ( )

Test IgM………..…… positiva ( ) negativa ( )

Test IgG………..…… positiva ( ) negativa ( )

Anticuerpos totales.… positiva ( ) negativa ( )

No se ha realizado prueba diagnóstica ( )

**Clasificación del caso:** ( ) No caso

( ) Probable:……. por clínica ( ) por vínculo ( )

( ) Confirmado:…. fecha de diagnóstico de laboratorio (dd/mm/aa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_,

**Asociado a brote:** SI ( ) NO ( ) NS/NC ( ), Código de identificación de brote para la CCAA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Observaciones:**

Fecha de cumplimentación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_. Firma:

Persona que cumplimenta la ficha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_