


# ANEXO 1: FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE LA COVID-19

 PERÚ Ministerio de Salud Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades	FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA COVID-19
<b>I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN</b>	
1. Fecha notificación: ____/____/____	4. Inst. Adm: <input type="checkbox"/> MINSA <input type="checkbox"/> FFAA / PNP <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> Privado
2. GERESADIREADIRIS: _____	
3. EESS: _____	
5. Clasificación del caso: <input type="checkbox"/> Sospechoso <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Descartado	
<b>II. DATOS DEL PACIENTE</b>	
6. Apellidos y nombres: _____ 7. N° Teléfono: _____	
8. Fecha de nacimiento: ____/____/____	9. Edad: ____ Tipo edad <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Días
10. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	11. Tipo de documento: _____ N° _____
12. Peso: _____ gramos	13. Talla: _____ metros
14. Etnia o raza <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Asiático descendiente <input type="checkbox"/> Afrodescendiente	<input type="checkbox"/> Andino <input type="checkbox"/> Indígena amazónico <input type="checkbox"/> Otro: _____ Pueblo étnico: _____ Pueblo étnico: _____
15. Nacionalidad <input type="checkbox"/> Peruano <input type="checkbox"/> Extranjero	País de nacionalidad _____
16. Dirección de residencia actual: Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____	
Tipo de vía: <input type="checkbox"/> 1. Avenida <input type="checkbox"/> 3. Calle <input type="checkbox"/> 5. Otros <input type="checkbox"/> 2. Jirón <input type="checkbox"/> 4. Pasaje <input type="checkbox"/> 6. No indica/No responde	
N° de puerta: _____ Nombre de la vía: _____	
Agrupamiento urbano/rural: <input type="checkbox"/> 1. Asentamiento Humano <input type="checkbox"/> 3. Grupo <input type="checkbox"/> 5. Otros <input type="checkbox"/> 2. Asociación <input type="checkbox"/> 4. Urbanización <input type="checkbox"/> 6. No indica/No responde	
Nombre del agrupamiento urbano/rural: _____	
Manzana: _____ Block: _____ Interior: _____ Kilómetro: _____ Lote: _____ Referencia: _____	
<b>III. ANTECEDENTES</b>	
17. Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____	
18. Signos y síntomas:	
<input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Anosmia	<input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Ageusia
<input type="checkbox"/> Malestar general <input type="checkbox"/> Congestión nasal <input type="checkbox"/> Irritabilidad/ confusión <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____	
19. Condiciones de comorbilidad o factores de riesgo	
<input type="checkbox"/> Mayor de 60 años <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia (incluye VIH)	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión) <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus (Tipo I y II) <input type="checkbox"/> Embarazo (Edad gestacional: _____ semanas) <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica	<input type="checkbox"/> Enfermedad cerebro vascular <input type="checkbox"/> Post parto/aborto (< ó = 6 semanas o < 42 días) <input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____ <input type="checkbox"/> Receptor de trasplante de órganos y/o células madre sanguíneas	
20. ¿ Vacunado contra la COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>VI. LABORATORIO (correspondiente a evento actual)</b>	
21. Prueba Molecular	
Fecha de Toma de Muestra: ____/____/____ Tipo de Muestra: _____ Fecha de resultado: ____/____/____	Resultado <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
22. Prueba Antigénica	
Fecha de Toma de Muestra: ____/____/____ Tipo de Muestra: _____ Fecha de resultado: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
<b>IV. HOSPITALIZACIÓN (Si fue hospitalizado, complete la siguiente información)</b>	
23. Hospitalizado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	24. Fecha de hospitaliza: ____/____/____ 25. Fecha de alta hospi ____/____/____
26. Nombre del Hospital: _____	
27. Referido: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	28. Fecha de referencia: ____/____/____ Referencia de origen: _____
29. Ingreso a UCI <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	30. Fecha de ingreso a UCI ____/____/____
31. Condición de egreso <input type="checkbox"/> Alta médica <input type="checkbox"/> Alta voluntaria <input type="checkbox"/> Referido <input type="checkbox"/> Fallecido	
<b>V. MUERTE ASOCIADA A COVID-19 - SI EL PACIENTE FALLECIÓ CONSIGNAR ESTA SECCIÓN</b>	
32. Fecha de defunción, si aplica: ____/____/____	
33. Lugar de defunción: <input type="checkbox"/> Hospital / Clínica <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Otros: _____	
<b>VII. INVESTIGADOR</b>	
34. Persona que llena la ficha: _____	
35. Firma y sello _____	
<b>VIII. OBSERVACIONES</b>	
_____ _____ _____	