



### IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador: ..... Provincia: ..... Departamento:.....  
 Fecha de notificación: ..... /..... /..... Apellido y nombre del notificador/a:.....  
 Teléfono: ..... Correo electrónico: .....

### IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Tipo de documento: D.N.I.  D.E.  IND.  N° \_\_. \_\_. \_\_ Apellido y Nombre:.....  
 Teléfono: ..... Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Embarazada: SI  NO   
 Lugar de residencia: Provincia..... Departamento: ..... Localidad: .....  
 Domicilio: Calle / Manzana: ..... N°..... Piso..... Depto.: ..... Cód. Postal:.....

### INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de primera consulta: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Inicio de 1º síntomas (FIS): \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Fiebre < 38 °C	Dolor garganta	Tos	Dificultad respiratoria	Cefalea	Mialgias
Fiebre ≥ 38 °C	Vómitos	Rinitis	Anosmia	Disgeusia	Diarrea
Fatiga /Astenia					

Diagnóstico sindromico:

ETI  Neumonía  Bronquiolitis  Otro.....

Presenta enfermedades previas, factores de riesgo, comorbilidades: SI  NO

Cuáles: .....

### ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS / VACUNACIÓN

Antecedente de viaje los últimos 14 días: NO  SI  Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Lugar:.....

Trabaja y/o está en contacto con población de riesgo: SI  NO

Vacunación COVID-19: SI  NO  Fecha última dosis: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Vacunación antigripal: SI  NO  Fecha última dosis: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### LABORATORIO

Tipo de muestra tomada: Hisopado nasofaríngeo para test de Ag  Hisopado nasofaríngeo para métodos moleculares

Hisopado nasal  Saliva  Otros: .....

Test antigéno SARS-COV-2: Positivo  Negativo

Derivado para OVR: SI  NO  Fecha de derivación \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Establecimiento al que se deriva la muestra: .....

### CLASIFICACIÓN DE CASO

Negativo COVID por TR <sup>3</sup> - No derivado para OVR	Negativo COVID por TR - Derivado para OVR
SARS-COV-2 por test de Ag	

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración notificador/a.

<sup>1</sup> UMA: Unidad Monitoreo Ambulatorio

<sup>2</sup> OVR: Otros Virus Respiratorios

<sup>3</sup> TR: Test Rápido