FICHA DE MONITOREO
EXPOSICIÓN DEL PERSONAL SANITARIO AL SARS-CoV-2

Fecha de Inicio del Monitoreo:……./……./……Centro Notificante:…….

DATOS DEL PERSONAL SANITARIO EXPUESTO Y/O SINTOMÁTICO				
Nombre y Apellido:		Vacunación contra COVID	SI	NO
Número de Cédula:		Nombre de la vacuna:		
Teléfono:		Fecha de 1era dosis:		
Ciudad:		Fecha de 2da dosis:		
Fecha de nacimiento:	Edad:	Embarazo	SI	NO
Sexo:	M / F	Patologías de Base:		
Servicio de Salud:				
Región Sanitaria:		**Datos del Contacto Caso Positivo**		
Profesión:		Nombre y Apellido:		
Función (Especialidad):		Número de Cédula:		
Otros lugares donde presta servicio:		Sexo:		

Clasificación de Riesgo	**Exposición** (Marcar una)
ALTO (1)	
MODERADO (2)	
BAJO (3)	
SIN EXPOSICION (4)	

Categoría del Contagio (Situación en la cual se da el contacto)	**Exposición** (Marcar una)
ATENCIÓN AL PACIENTE POSITIVO (1)	
CONTACTO CON EL PERSONAL DE SALUD POSITIVO (2)	
ENTORNO FAMILIAR/SOCIAL (3)	
VIAJERO (4)	
SIN NEXO (5)	

Exclusión Laboral	SI:
	NO: (Autocontrol)

MONITOREO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS
(Completar con **S**: Sí, **N**: No, **D**: Desconoce)

Fecha de Inicio de Síntomas: **Fecha de exposición:**

Día →	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
Fecha →														
Tos														
Fiebre														
Dolor de garganta														
Disnea														
Cefalea														
Anosmia														
Rinitis														
Otros síntomas														

Laboratorio:	
Tipo de Prueba (PCR o Antígeno):	**RESULTADO:** **FECHA:……./……./…….**
Fecha de Toma de Muestra:	

OBS: Sí el resultado de antígeno es NEGATIVO, se debe realizar la prueba por RT-PCR.

……

Firma y Sello del Responsable (Obligatorio)