**FICHA DE NOTIFICACION DEL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL
VIRUS SARS-CoV-2 Y VIRUS DE LA INFLUENZA**

DATOS DEL NOTIFICANTE										
Centro notificante:										
Fecha/...../.....					Nombre del notificante:					
DATOS DEL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL POSITIVO										
Nombre y Apellido:					Con vacunación		Si		NO	
Número de Cédula:					Fecha de última vacunación COVID-19/...../.....					
Teléfono:					Fecha y última vacunación Influenza/...../.....					
Ciudad de residencia					Patologías de base /Comorbilidad					
Fecha de nacimiento:			Edad:		Embarazo		SI		NO	
Sexo:			M	F	Datos del Contacto Caso Positivo (COVID-19 y/o Influenza)					
Servicio de Salud:					Nombre y Apellido:					
Región Sanitaria:					Número de Cédula:					
Profesión:					Sexo:					
Función (Especialidad):										
Otros lugares donde presta servicio:										
FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS:								En caso de COVID-19. Clasificación de Riesgo		Exposición (Marcar una)
Día →	1	2	3	4	5	6	7	ALTO (1)		
Fecha →								MODERADO (2)		
Tos								BAJO (3)		
Fiebre								SIN EXPOSICION (4)		
Dolor de garganta										
Disnea										
Cefalea										
Anosmia										
Rinitis										
Otros síntomas										
LABORATORIO: ENCIERRE EN CIRCULO TIPO DE PRUEBA										
Tipo de Prueba (PCR o Antígeno para SARS-CoV-2):				SI	NO	RESULTADO:			FECHA:...../...../.....	
Tipo de Prueba (PCR o Antígeno para Influenza):				SI	NO	RESULTADO:			FECHA:...../...../.....	

Actualización diciembre 2022

Firma y Sello del responsable (Obligatorio)