

Seguimiento a contactos de casos positivos COVID-19

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS DEL CASO POSITIVO

FOR-R02.0000-082 V:00 2020-04-06

| | | |
|---|-----------------------|------------------------------------|
| A. Nombres y apellidos del caso positivo | B. Tipo de ID* | C. Número de identificación |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Fecha de notificación del contacto (dd/mm/aaaa)

| | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

2. IDENTIFICACIÓN DEL CONTACTO

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| 2.1 Tipo de documento <input type="radio"/> RC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> MS <input type="radio"/> AS <input type="radio"/> PE <input type="radio"/> CN | | 2.2 Número de identificación <input type="text"/> | | |
| <small>*RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDULA CIUDADANÍA CE : CÉDULA EXTRANJERÍA PA : PASAPORTE MS : MENOR SIN ID AS : ADULTO SIN ID PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO</small> | | | | |
| 2.3 Nombres y apellidos del paciente | | | 2.4 Teléfono <input type="text"/> | |
| 2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> | 2.6 Edad | 2.7 Unidad de medida de la edad <input type="radio"/> 1. Años <input type="radio"/> 3. Días <input type="radio"/> 5. Minutos <input type="radio"/> 2. Meses <input type="radio"/> 4. Horas <input type="radio"/> 0. No aplica | 2.8 Sexo <input type="radio"/> M. Masculino <input type="radio"/> I. Indeterminado <input type="radio"/> F. Femenino | 2.9 Nacionalidad <input type="text"/> |
| 2.17 Ocupación del contacto <input type="text"/> Código | 2.18 Tipo de régimen en salud <input type="radio"/> P. Excepción <input type="radio"/> C. Contributivo <input type="radio"/> N. No Asegurado <input type="radio"/> E. Especial <input type="radio"/> S. Subsidiado <input type="radio"/> I. Indeterminado/ pendiente | | 2.19 Nombre y código de la administradora de Planes de beneficios <input type="text"/> Código | |
| 3.2 País, departamento y municipio de residencia habitual del paciente País <input type="text"/> Departamento <input type="text"/> Municipio <input type="text"/> | | | 3.2 Dirección <input type="text"/> | |
| | | | 3.3 E-Mail <input type="text"/> | |

3. DESPLAZAMIENTO Y TIPO DE CONTACTO

| | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|
| 3.1 Viajó en los últimos 14 días? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | | | 3.2 Fecha de posible exposición <input type="text"/> | | |
| 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | | 3.3 Tipo de contacto <input type="radio"/> 1. Familiar <input type="radio"/> 2. Compañero de vuelo <input type="radio"/> 3. Personal de salud <input type="radio"/> 4. Sala de espera <input type="radio"/> 5. Social | | |
| | | | 3.3.1 Si es personal de salud en qué institución labora? <input type="text"/> | | |

4. DATOS CLINICOS DEL CONTACTO

| | | |
|--|--|---|
| 4.1 Contacto con síntomas? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | 4.1.1 Fecha de inicio de síntomas <input type="text"/> | 4.2 Hospitalizado <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
|--|--|---|

- Si el contacto **NO** tiene síntomas compatibles con la definición de caso de IRAG por virus nuevo diligencie los datos de laboratorio (**Módulo 5**) y continúe con el diligenciamiento de seguimiento a contactos.

- Si el contacto tiene síntomas compatibles con la definición de caso de IRAG por virus nuevo diligencie los datos de laboratorio (**Módulo 5**), **notifíquelo por el código INS 346** y continúe con el diligenciamiento de seguimiento a contactos.

- Si el contacto tiene síntomas compatibles con la definición de caso de IRAG por virus nuevo y además se encuentra hospitalizado diligencie los datos de laboratorio (**Módulo 5**), **notifíquelo por el código INS 348** y continúe con el diligenciamiento de seguimiento a contactos.

5. DATOS DE LABORATORIO DEL CONTACTO

| | | |
|--|---|---|
| 5.1 Toma de muestra? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No | 5.2 Fecha de toma de muestra <input type="text"/> | 5.3 Resultado COVID-19 <input type="text"/> |
|--|---|---|

Seguimiento a contactos de casos positivos COVID-19

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS DEL CONTACTO

FOR-R02.0000-082 V:00 2020-04-06

A. Nombres y apellidos del caso positivo

B. Tipo de ID*

C. Número de identificación

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | CN : CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

6. SEGUIMIENTO

| DÍA | FECHA | HORA (24h) | SINTOMAS | | TOS | | FIEBRE | | ODINOFAGIA | | DIFICULTAD RESPIRATORIA | | FATIGA O ADINAMIA | | HOSPITALIZADO | |
|-----|-------|------------|----------|----|-----|----|--------|----|------------|----|-------------------------|----|-------------------|----|---------------|----|
| | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | |