FORMULARIO PARA DETERMINAR EXPOSICION AL COVID – 19

Este formulario NO es una entrevista de diagnóstico médico. El propósito de este formulario es conocer si los participantes están orientados sobre el (Coronavirus) COVID-19, y está diseñado a identificar exposición al COVID-19, tanto para los residentes de las unidades de vivienda transitoria, permanentes o albergues de emergencia, como para identificar exposición de nuevos ingresos a tales unidades de vivienda.

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____ Edad: _____ SS: XXX-XX-_____
Mes Día Año

Municipio donde Pernocta: _____ Género: _____Raza:_____ Etnia:_____

1. ¿Ha recibido información u orientación sobre COVID-19, en temas como:
   Riesgos Sí____ No____
   Higiene Personal Sí____ No____
   Procedimiento a seguir para evitar contagio Sí____ No____

2. ¿Ha viajado recientemente a un área conocida con propagación local de COVID-19 en los pasados 15 días? Sí____ No____
   Fecha del viaje _____/_____/_____ Lugar: _____
   Mes Día Año

3. ¿Ha estado en contacto con alguna persona (familiar o persona cercana) que haya viajado en los últimos 15 días? Sí____ No____
   Lugar: _____ Cantidad de días dentro de los 15 días_____

4. ¿Ha estado en contacto cercano (a menos de 6 pies) con alguien que tiene un diagnóstico confirmado por COVID - 19 en los últimos 15 días? Sí____ No____
   Lugar: _____ Cantidad días dentro de los 15 días_____

5. ¿Vive en un lugar agrupado con otras personas? Sí____ No____
   Cantidad de personas _____

6. ¿Tiene más de 60 años y tiene una condición de salud como las siguientes?:
   ____ pulmonar crónica ____ cardíaca
   ____ renal ____ hígado
   ____ diabetes ____ está tomando un medicamento inmunosupresor

7. ¿Está embarazada o tiene una condición de salud como las siguientes?:
   ____ pulmonar crónica ____ cardíaca
   ____ renal ____ hígado
   ____ diabetes ____ está tomando un medicamento inmunosupresor

8. ¿Algún médico le ha recomendado mantenerse en aislamiento? Sí____ No____
   Cantidad días en aislamiento _____

9. ¿En qué lugar ha estado en aislamiento? Cantidad días en aislamiento _____
   ____Calle, auto, lugar no apto para vivir ____Vivienda Permanente
   ____Albergue de emergencia ____Vivienda Transitoria
   ____Casa de familiar o conocido ____Otro

10. Durante el aislamiento, ¿ha estado visitando otras comunidades o municipios?
    Mencione la comunidad o Municipio _____

11. Durante el aislamiento, ¿ha estado en contacto con algún familiar o personas allegadas?
    Cantidad de personas aproximadas _____

12. ¿Se ha vacunado de influenza en los últimos 45 días? Sí____ No____

13. Si el participante presenta síntomas: ¿Cuándo comenzaron los síntomas?
    Fecha: _____/_____/_____
    Mes Día Año

14. ¿Fue referido o enviado a realizarse la prueba? Sí____ No____
    Fecha de referido: _____/_____/_____
    Mes Día Año

15. ¿Tiene o ha tenido fiebre (más de 100.4 F o 38.0 C) o síntomas de enfermedades de las vías respiratorias inferiores como tos seca, falta de aliento o dificultad para respirar por los pasados 15 días?

    ____Fiebre Sí____ No____ Cantidad días con el síntoma_____

    ____Tos seca Sí____ No____ Cantidad días con el síntoma_____

    ____Dificultad para respirar Sí____ No____ Cantidad días con el síntoma_____

16. ¿Ha sido atendido por un médico para atender estos síntomas? Sí____ No____
    Cantidad días con síntomas_____

17. ¿Ha sido diagnosticado de COVID 19? Sí____ No____
    Fecha de diagnóstico _____/_____/_____ Cantidad días diagnosticado _____
    Mes Día Año

18. Tipos de Pruebas (X):

    - SARS-CoV-2 Anticuerpo IgG Negativo____ Positivo____ Pendiente____
    - SARS-CoV-2 Anticuerpo IgM Negativo Negativo____ Positivo____ Pendiente____
    - Molecular Negativo____ Positivo____ Pendiente____

19. Fecha de hospitalización: _____/_____/_____
    Mes Día Año

20. Fecha de recuperación: _____/_____/_____
    Mes Día Año

21. Nota sobre salud del Participante:

    _____

    _____

    _____