



**FORMATO PARA CONTROL DE INGRESO FRENTE A LA PANDEMA
SARS COV 2**

DIA ___ MES ___ AÑO ___

Nombre: _____

Tipo Doc. ___ # Documento: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ EDAD: _____

Dirección: _____

Barrio: _____ Teléfono: _____

EPS: _____ Ocupación: _____

PAIS DE PROCEDENCIA _____

“Se implementará medidas de protección personal recomendadas por la OMS para evitar contagio cruzado”.

- ✓ Presenta síntomas: SI ___ NO ___
- ✓ Inicio Síntomas: DIA ___ MES ___ AÑO ___
- ✓ Fecha de última Exposición: _____
- ✓ Presenta comorbilidades: SI _____ NO _____
- ✓ Cuales: _____

El paciente refiere encontrarse asintomático: SI ___ NO ___

SINTOMAS	SI	NO	TIEMPO / FRECUENCIA / ASPECTO
Dificultad respiratoria			
Artralgias			
Mialgias			
Rash cutáneo			
Sangrado			
Alzas térmicas			
Odinofagia			
Tos seca			
Diarrea			
Adinamia			



**FORMATO PARA CONTROL DE INGRESO FRENTE A LA PANDEMA
SARS COV 2**

1. ¿Tiene fiebre o la ha tenido en los últimos 14 días? (temperatura mayor o igual a 38 °C)
2. ¿Tiene o ha tenido en los últimos 14 días diarrea u otras molestias digestivas?
3. ¿Tiene o ha tenido sensación de mucho cansancio o malestar en los últimos 14 días?
4. ¿Ha notado una pérdida del sentido del gusto o del olfato en los últimos 14 días?
5. ¿Ha estado en contacto o conviviendo con alguna persona sospechosa o confirmada de coronavirus por COVID-19?
6. ¿Ha presentado la enfermedad de COVID-19?
7. En caso de haber presentado la enfermedad, ¿sigue usted en cuarentena?
8. ¿Hace cuánto presento la enfermedad? ¿Tiene certificado, por favor anéxelo?