

Fecha de toma: **AAAA MM DD** Hora de la toma: _____

Fecha de recepción de muestras: **AAAA MM DD**

Tipo de prueba: PCR Anticuerpo Antígeno LAMP **Tipo de muestra:** Hisopado Sangre

Nombre de plan: _____ Código de plan: _____

Código y nombre de UPGD que remite el caso
(Código de habilitación y nombre de la IPS que toma la muestra): _____

Nombre completo del médico y número de identificación: _____

DATOS DEL PACIENTE

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

Tipo de documento: C.C. C.E. R.C. T.I. P.A. No. de documento: _____

Fecha de nacimiento: **AAAA MM DD** Edad: _____ **Sexo:** Femenino Masculino Nacionalidad: _____

E. P. S. : _____ **Régimen:** Contributivo Subsidiado Especial

País de residencia: _____ Municipio: _____ Departamento: _____

Dirección: _____ Barrio: _____ Estrato: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Paciente es trabajador de la salud: Si No

Ocupación: _____

Ha tenido contacto con paciente confirmado para COVID-19: Si No

Síntomas: Tos Fiebre Dolor de garganta Debilidad Otros: _____ Fecha inicio de síntomas: **AAAA MM DD**

Antecedentes clínicos: HIV HTA Diabetes Obesidad Otros: _____

Viajero: Nacional Internacional Fecha de llegada del viaje: **AAAA MM DD**

Condición final: Vivo Muerto Fecha de muerte: **AAAA MM DD** Hora de desceso: _____

Vacuna: Si No Nombre de vacuna: _____ Dosis: _____