

Fecha de toma: **DD MM AAAA** Hora de la toma: _____Fecha de recepción de muestras: **DD MM AAAA**Tipo de prueba: PCR Prueba rápida Antígeno Tipo de muestra: _____

Nombre de plan: _____ Código de plan: _____

Código y nombre de UPGD que remite el caso: _____

Código y nombre de UPGD que notifica el caso: _____

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: **DD MM AAAA** Edad: _____ Sexo: Femenino Masculino Nacionalidad: _____E. P. S. : _____ Régimen: Contributivo Subsidiado Especial

País de residencia: _____ Municipio: _____ Departamento: _____

Dirección: _____ Barrio: _____ Teléfono: _____

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

Ocupación: _____

Paciente ha tenido contacto con paciente confirmado para COVID-19: Si No Síntomas: Tos Fiebre Dolor de garganta Debilidad Otros: _____ Fecha inicio de síntomas: **DD MM AAAA**Antecedentes clínicos: HIV HTA Diabetes Obesidad Otros: _____Viajero: Nacional Internacional Fecha de llegada del viaje: **DD MM AAAA**Condición final: Vivo Muerto Fecha de muerte: **DD MM AAAA** Hora de desceso: _____