ID:

Edad: ___años

Genero: Hombre/Mujer

Estatura (cm):

Peso (Kg):

Fumador activo?

Si____ Paqs/año

No___

Tiene algún tipo de enfermedad pulmonar:

EPOC_____ Grado_____

Asma_____

Otra____

Antedecedentes de hipertensión?:

Si___Toma: IECAS____ARA2____

No

Tipo de trabajo en el hospital

Celador

Auxiliar de enfermeria

Enfermera

Residente _____ Especialidad_____

Médico _____ Especialidad_____

Otros:

Turno de trabajo:

Mañana Tarde Noche:

Otros: Fines de semana Jornadas alternas:

Grado de exposición al SARS-CoV-2 en el hospital:

1. Severo____. (Trabaja en Unidades de COVI o en contacto directo con pacientes COVID-19)

2. Moderado_____. (Trabaja en el hospital, en contacto con pacientes ingresados, pero no COVID-19)

3. Leve_____. (Usualmente sin contacto directo con pacientes ingresados).

Tiene familiares directos que que trabajan en algun hospital?

Si_____Donde_____ tipo de parentesco_____

No_____

Si ha tenido familiares a los que ha podido infectar usted, podría especificar:

Hijos_____ Hospitalizados_____UCI____ Muertos___

Cónyuge_____ Hospitalizado_____UCI____ Muerto___

Padre_____ Hospitalizado_____UCI____ Muerto___

Madre_____ Hospitalizada_____UCI____ Muerta___

Otros_____ Hospitalizado_____UCI____ Muerto___

Usted ha recibido profilaxis con hidroxicloroquina ?
Si___

Fecha de inicio:

Dias de tratamiento:

Dosis:

No___

Tuvo que realizar algún tipo de cuarentena por exposición de riesgo a un paciente ingresado en el hospital por COVID-19?

Si No

Tuvo que realizar algún tipo de cuarentena por exposición de riesgo a un familiar en su domicilio por COVID-19?

Si No

Usted fue diagnosticado de infección por COVID-19?.

Si___ Fecha ___/___/___. Confirmada por PCR___ o por IgG/IgM___

No___ **Cree usted no obstante que se ha infectado por COVID-19?:** Si___No___

Usted ha tenido algún resultado negativo para COVID-19? (previo al diagnóstico se ha sido diagnosticado posteriormente, o incluso sin ser diagnosticado posteriormente).

Si Fecha: __/__/__ Resultado: Tipo de test:

Fecha: __/__/__ Resultado: Tipo de test:

No

Cuadro clínico:

Asintomático (ningún tipo de sintomas)

Leve: solo síntomas de “resfriado” o "gripe", intensidad leve

Moderado: cualquier infiltrado pulmonar (neumonía)

Grave: SDRA?

Fue ingresado en el hospital (o en cualquier otro hospital) debido a COVID-19 ?:

Si

No

Le administraron algún tratamiento?

Si___ Cual____

No____

¿Le vacunaron contra la gripe en 2019?

Sí____ en HUGTiP _____ En HMB_____ Fecha:_____ Tipo de vacuna:

No

Tiempo de trabajo en la sala COVID-19
Días (totales): ……

Si fue diagnosticado de COVID, días de trabajo antes del diagnóstico: ___ días

¿Existe una fuerte sospecha de que se infectó fuera del hospital (es decir, en casa)?:

Si___ Contacto directo con persona diagnosticada por COVID-19 ____

No

Está de acuerdo en que le extraigamos una muestra de sangre para diagnosticarle una infección o saber si ha pasado una infección por COVID-19?.

Si____

No__

Resultado prueba de SARS-CoV-19:

IgG/IgM
Fecha
Resultado: IgM neg/IgG neg; IgM+/IgG neg; IgM neg/IgG +; IgM+/IgG+

Con formato: Inglés (Estados Unidos)

En caso de tener un resultado de IgG/IgM positivo para SARS-CoV-19 le remitiremos El resultado a su email. Está usted de acuerdo?:
Si_____
No_____