



IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador: Provincia: Departamento:.....
 Fecha de notificación: /..... /..... Apellido y nombre del notificador/a:.....
 Teléfono: Correo electrónico:

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Tipo de documento: D.N.I. D.E. IND. N° __, __, __ Apellido y Nombre:.....
 Teléfono: Fecha de nacimiento: __/__/____ Embarazada: SI NO
 Lugar de residencia: Provincia..... Departamento: Localidad:
 Domicilio: Calle / Manzana: N°..... Piso..... Depto.: Cód. Postal:.....

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de primera consulta: __/__/____ Fecha de Inicio de 1º síntomas (FIS): __/__/____

Fiebre < 38 °C	Dolor garganta	Tos	Dificultad respiratoria	Cefalea	Mialgias
Fiebre ≥ 38 °C	Vómitos	Rinitis	Anosmia	Disgeusia	Diarrea
Fatiga /Astenia					

Diagnóstico sindromico:

ETI Neumonía Bronquiolitis Otro.....

Presenta enfermedades previas, factores de riesgo, comorbilidades: SI NO

Cuáles:

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS / VACUNACIÓN

Antecedente de viaje los últimos 14 días: NO SI Fecha: __/__/____ Lugar:.....

Vacunación COVID-19: SI NO Fecha última dosis: __/__/____

Vacunación antigripal: SI NO Fecha última dosis: __/__/____

LABORATORIO

Tipo de muestra tomada: Hisopado nasofaríngeo para test de Ag Hisopado nasofaríngeo para métodos moleculares

Hisopado nasal Saliva Otros:

Test antigénico SARS-COV-2: Positivo Negativo

Derivado para OVR: SI NO Fecha de derivación __/__/____

Establecimiento al que se deriva la muestra:

CLASIFICACIÓN DE CASO

SARS-COV-2 positivo por test de Ag - Derivado para OVR.	SARS-COV-2 positivo por test de Ag - No derivado para OVR.
Negativo COVID por TR ³ - Derivado para OVR.	Negativo COVID por TR - No derivado para OVR.

Firma y aclaración notificador/a.
