

11. FORMULARIO DEL CONTROL DEL ESTADO DE SALUD PARA LA PERSONA INFECTADA POR COVID-19

ID de HER-SYS:		Domicilio :				TEL : - -		Email : @			
Nombre y apellido :		Día de inicio de la cuarentena en casa : (día) _____ (mes) _____ (año) _____									
	1r día de la cuarentena	_____ día de la cuarentena	_____ día de la cuarentena	_____ día de la cuarentena	_____ día de la cuarentena	_____ día de la cuarentena	_____ día de la cuarentena	_____ día de la cuarentena	_____ día de la cuarentena	_____ día de la cuarentena	_____ día de la cuarentena
Fecha y hora del chequeo	/ : / : / :	/ : / : / :	/ : / : / :	/ : / : / :	/ : / : / :	/ : / : / :	/ : / : / :	/ : / : / :	/ : / : / :	/ : / : / :	/ : / : / :
	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Temperatura corporal	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
Saturación (oxímetro de pulso)	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
[Expresión facial/apariencia] ★ Cambio evidente del color de la cara ★ Sus labios se han puesto morados ★ Se ve extraño y diferente de lo habitual	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí
[Flema/tos] Tiene cada vez más tos y más flemas	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí
[Dificultad para respirar] ★ Respiración acelerada (Ha aumentado su frecuencia respiratoria) ★ Se siente repentinamente con falta de aire ★ Tiene dificultad para respirar al intentar realizar las actividades cotidianas ★ Dolor de pecho ★ No puede respirar cuando está acostado, por lo que tiene que sentarse ★ Está respirando levantando los hombros/Está jadeando	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí
[Fatiga del cuerpo entero] Dificultad al estar levantado	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí
[Náuseas/vómito] Sigue teniendo vómito y náuseas	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí
[Diarrea] Sigue teniendo diarrea (3 veces o más, diariamente)	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí
[Trastornos de la conciencia] ★ Está distraído (Reacciona con lentitud) ★ Está semiinconsciente (No contesta) ★ Tiene palpitaciones y el ritmo del pulso parece irregular	Sí · No · No confirmado porque no hay cohabitantes	Sí · No · No confirmado porque no hay cohabitantes	Sí · No · No confirmado porque no hay cohabitantes	Sí · No · No confirmado porque no hay cohabitantes	Sí · No · No confirmado porque no hay cohabitantes	Sí · No · No confirmado porque no hay cohabitantes	Sí · No · No confirmado porque no hay cohabitantes	Sí · No · No confirmado porque no hay cohabitantes	Sí · No · No confirmado porque no hay cohabitantes	Sí · No · No confirmado porque no hay cohabitantes	Sí · No · No confirmado porque no hay cohabitantes
Otros	No puede comer	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí
	No orina ni una vez durante medio día	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí	No · Sí
	Otros síntomas (mocos/nariz tapada, dolor de garganta, hiperemia conjuntival, dolor de cabeza, dolor de músculos articulares, convulsiones u otros síntomas preocupantes)	(síntomas detallados)	(síntomas detallados)	(síntomas detallados)	(síntomas detallados)	(síntomas detallados)	(síntomas detallados)	(síntomas detallados)	(síntomas detallados)	(síntomas detallados)	(síntomas detallados)
Diagnóstico											
Necesidad de consulta médica	Sí · No	Sí · No	Sí · No	Sí · No	Sí · No	Sí · No	Sí · No	Sí · No	Sí · No	Sí · No	Sí · No
Observación											

Centro de Salud : _____ Sección : _____

TEL : _____ FAX : _____