



PERÚ

Ministerio
de Salud

Centro Nacional de
Epidemiología, Prevención y
Control de Enfermedades

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLOGICA DE COVID19

I- DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN

1 Fecha notificación: _____/_____/_____	4. Inst. Adm: ☒ MINSA ☐ EsSalud ☐ FFAA/PNP ☐ PRIVADO
2 GERESA/DIRESA/DIRIS: LA LIBERTAD	
3 IPRESS: HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO	
5 Clasificación del caso: ☐ Confirmado ☐ Probable Estudio de reinfección: ☐ (Se deberá completar además la sección VII)	

II- DATOS DEL PACIENTE

6 Apellidos y nombres: _____	7. N° Teléfono: _____
8 Fecha de nacimiento: _____/_____/_____	9. Edad: _____ Tipo edad ☐ Años ☐ Meses ☐ Días
10 Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	11. Tipo de documento: _____ No _____
12 Peso: _____ gramos	13. Talla: _____ metros
14 Etnia o raza ☐ Mestizo ☐ Asiático descendiente ☐ Afrodescendiente	☐ Andino Pueblo etnico: _____ ☐ Indígena amazónico Pueblo etnico: _____ ☐ Otro: _____
15 Nacionalidad ☐ Peruano ☐ Extranjero	País de nacionalidad _____
16 Migrante ☐ Sí ☐ No	País de origen _____
17 Dirección de residencia actual: País: _____ Localidad: _____	
Urb/Área: _____ Tipo de vía: _____ Lote/Nro: _____	
Nombre de la vía: _____	
Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____	

III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS Y PATOLÓGICOS

18 Tipo de caso: ☐ Sintomático ☐ Asintomático	
19 Fecha de inicio de síntomas: _____/_____/_____	20 Fecha de inicio de aislamiento: _____/_____/_____
21 Síntomas: ☐ Tos ☐ Malestar general ☐ Dolor de oído ☐ Dolor de garganta ☐ Diarrea ☐ Irritabilidad/confusión ☐ Congestión nasal ☐ Náuseas/vómitos ☐ Dolor muscular ☐ Dificultad respiratoria ☐ Cefalea ☐ Dolor abdominal ☐ Fiebre ☐ Anosmia ☐ Dolor de pecho ☐ Escalofrío ☐ Ageusia ☐ Dolor de articulaciones ☐ Otros, especificar _____	
22 Signos: ☐ Exudado faríngeo ☐ Disnea/taquipnea ☐ Hallazgos anormales en radiografía ☐ Inyección conjuntival ☐ Auscultación pulmonar anormal ☐ Hallazgos anormales en ecografía ☐ Convulsión ☐ Hallazgos anormales en tomografía ☐ Otros, especificar _____ ☐ Hallazgos anormales en RMN	
23 Condiciones de comorbilidad o factores de riesgo ☐ Mayor de 65 años ☐ Inmunodeficiencia (incluye VIH) ☐ Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión) ☐ Enfermedad renal crónica ☐ Diabetes Mellitus (Tipo I y II) ☐ Enfermedad pulmonar crónica ☐ Enfermedad cerebrovascular ☐ Cáncer ☐ Síndrome de Down ☐ Receptor de trasplante de órganos y/o células madre sanguíneas ☐ Obesidad ☐ Fecha probable de parto _____/_____/_____ ☐ Embarazo (Edad gestacional: _____ semanas) ☐ Otros, especificar _____	
24 Ocupación ☐ Trabajador de salud Si es trabajador de salud, especificar profesión: ☐ Policía ☐ Médico ☐ Laboratorista ☐ Militar ☐ Enfermera ☐ Técnico en enfermería ☐ Estudiante ☐ Obstetra ☐ Otros _____ ☐ Otros, especificar _____	
25 Lugar de trabajo IPRESS _____ Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____	
26 ¿Ha tenido contacto directo con un caso sospechoso, probable o confirmado en los 14 días previos al inicio de síntomas? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido Si la respuesta es sí, marque según corresponda: ☐ Entorno de salud ☐ Entorno familiar ☐ Entorno laboral ☐ Casa de reposo ☐ Centro penitenciario ☐ Albergue ☐ Desconocido ☐ Otros, especifique: _____	
27 ¿Vacunado contra la COVID-19? ☐ Sí ☐ No 1º dosis ☐ Fecha _____/_____/_____ 2º dosis ☐ Fecha _____/_____/_____ Dosis adicional ☐ Fecha _____/_____/_____ Tipo vacuna _____ Tipo vacuna _____ Tipo vacuna _____	

IV- HOSPITALIZACIÓN (Si fue hospitalizado, complete la siguiente información)

28 Hospitalizado: ☐ Si ☐ No 29 Fecha de hospitalización: ____/____/____

30 Nombre del Hospital: _____ Tipo de seguro: _____

31 Referido: ☐ Si ☐ No Referencia de origen: _____

32 Diagnósticos de ingreso relacionado a COVID-19: ☐ Si ☐ No

33 Signos presentados en la hospitalización:

☐ Convulsión	☐ Coma	☐ Hallazgos anormales en radiografía
☐ Disnea/taquipnea	☐ Auscultación pulmonar anormal	☐ Hallazgos anormales en ecografía
☐ Otros, especifique:		☐ Hallazgos anormales en tomografía
		☐ Hallazgos anormales en RMN

34 Servicio: ☐ Unidad de Cuidados Intensivos ☐ Unidad de Cuidados Intermedios ☐ Trauma shock ☐ Sala de aislamiento ☐ Otro _____

Fecha de ingreso: ____/____/____ Fecha de alta: ____/____/____

35 ¿El paciente estuvo en ventilación mecánica? ☐ Si ☐ No ☐ Desconocido

36 ¿El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad? ☐ Si ☐ No

37 ¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonía durante la enfermedad? ☐ Si ☐ No

38 ¿El paciente presentó IAAS? ☐ Si ☐ No ☐ Desconocido

V- CONDICIÓN DE EGRESO DEL PACIENTE

39 Motivo de egreso: ☐ Alta médica ☐ Alta voluntaria ☐ Referido ☐ Fallecido

40 Fecha de alta, si aplica: ____/____/____ 41 Fecha de referencia, si aplica: ____/____/____

42 Fecha de defunción, si aplica: ____/____/____ 43 Hora de defunción: ____:____

44 Lugar de defunción: ☐ Hospital/ Clínica ☐ Vivienda ☐ Centro de aislamiento temporal ☐ Centro penitenciario ☐ Vía pública ☐ Otros: _____

VI. LABORATORIO (correspondiente a evento actual) - sólo consignar si el resultado es positivo

45 Prueba molecular: Fecha de toma de muestra: ____/____/____ Tipo de muestra: _____ Fecha de resultado: ____/____/____ Resultado: ☐ Positivo ☐ Negativo

46 Prueba antigénica: Fecha de toma de muestra: ____/____/____ Tipo de muestra: _____ Fecha de resultado: ____/____/____ Resultado: ☐ Positivo ☐ Negativo

47 Secuenciamiento genético: ☐ Si ☐ No 48 Motivo de solicitud: _____

49 Linaje: _____

VII. REINFECCIÓN

Primera infección (Antecedentes):

50 Presentó síntomas: ☐ Si ☐ No

51 Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____

52 Prueba confirmatoria inicial: ☐ Prueba molecular ☐ Prueba antigénica ☐ Prueba serológica

53 Fecha de resultado: ____/____/____

54 Clasificación de la reinfección: ☐ Reinfección sospechosa ☐ Reinfección probable ☐ Reinfección confirmada

VIII. INVESTIGADOR

55 Persona que llena la ficha: _____

56 Firma y sello: _____

