



MINISTERIO DE SALUD



HOSPITAL "DR. E. TORRES G."  
SUBDIRECCION GESTIÓN MÉDICA  
DR. PAIC/DRA. ACM/alas

CIRCULAR N° 056

Iquique, 30 SEP 2020


### FORMULARIO DE NOTIFICACION E INVESTIGACION COVID-19

Mediante la presente se informa que a partir de hoy por instrucción ministerial, el **Formulario de Notificación e Investigación de COVID-19 anterior queda anulado.**

A contar de esta fecha se debe usar el nuevo formulario, quedando anulado el anterior.

Se solicita tomar las medidas pertinentes del caso.

Se adjunta nuevo formulario.

  
 Dra. Aurora Campos Macho  
 MÉDICO CIRUJANO  
 RUT: 6.256.421 - 0  
 CM: 13.008 - 7  
**DRA. AURORA CAMPOS MACHO**  
**SUBDIRECTORA (S) DE GESTIÓN MÉDICA**  
**HOSPITAL DR. E. TORRES G. IQUIQUE**

Que me  
 P.A.  
 recibes  
 fu  
 01 OCT 2020

- Distribución:
- Dirección HETG
  - SDM HETG
  - SDGDP ✓
  - Jefes de Servicios Clínicos y de Apoyo
  - SDGCP
  - SUPERVISORAS HETG

**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN DE COVID-19<sup>1</sup>**
**1. DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_ TIPO DE IDENTIFICACIÓN  RUN  PASAPORTE  OTRO  
 NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC \_\_/\_\_/\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
 EMBARAZO SI\_/NO\_ SEMANA GEST. \_\_\_ PUEBLO ORIGINARIO \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN DE RESIDENCIA \_\_\_\_\_ COMUNA RESIDENCIA \_\_\_\_\_ REGIÓN \_\_\_\_\_  
 PREVISIÓN \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN LABORAL \_\_\_\_\_

**2. SIGNOS Y SÍNTOMAS**

ASINTOMÁTICO                       SINTOMÁTICO                      FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS \_\_/\_\_/\_\_

SIGNOS Y SÍNTOMAS (marcar si está presente)

<input type="checkbox"/> FIEBRE	<input type="checkbox"/> ODINOFAGIA	<input type="checkbox"/> DIARREA	<input type="checkbox"/> ANOSMIA
<input type="checkbox"/> CEFALEA	<input type="checkbox"/> TAQUIPNEA	<input type="checkbox"/> D. TORÁCICO	<input type="checkbox"/> AGEUSIA
<input type="checkbox"/> TOS	<input type="checkbox"/> CIANOSIS	<input type="checkbox"/> D. ABDOMINAL	<input type="checkbox"/> ASINTOMÁTICO
<input type="checkbox"/> DISNEA	<input type="checkbox"/> MIALGIA	<input type="checkbox"/> POSTRACIÓN	<input type="checkbox"/> OTRO _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**2. ANTECEDENTES CLÍNICOS GENERALES**

FECHA 1° CONSULTA \_\_/\_\_/\_\_                      DIAGNOSTICO CLINICO \_\_\_\_\_

**LUGAR DE REPOSO**

DOMICILIO PARTICULAR                       RESIDENCIA SANITARIA                       HOSPITALIZACIÓN CLÍNICA                       HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

HOSPITALIZACIÓN SI\_/NO\_ FECHA \_\_/\_\_/\_\_ ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_

COMORBILIDADES (marcar si está presente)

<input type="checkbox"/> CARDIOPATÍA CRÓNICA	<input type="checkbox"/> DIABETES MELLITUS	<input type="checkbox"/> ENF. RENAL CRÓNICA	<input type="checkbox"/> INMUNUSUPRESIÓN (ENF. O TTD)
<input type="checkbox"/> ENF. NEUROLÓGICA CRÓNICA	<input type="checkbox"/> OBESIDAD	<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> NINGUNA
<input type="checkbox"/> ENF. PULMONAR CRÓNICA	<input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN ARTERIAL	<input type="checkbox"/> ENF. HEPÁTICA CRÓNICA	<input type="checkbox"/> OTRA _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**ESTILOS DE VIDA**

TABAQUISMO                       ALCOHOLISMO                       USO DE VAPEADORES                       NINGUNO

**FACTORES DE RIESGO**

VIAJE INTERNACIONAL                       CONTACTO CON CASO SOSPECHOSO                       NINGUNO  
 VIAJE/TRASLADO DENTRO DEL PAÍS                       CONTACTO CON CASO CONFIRMADO

¿TRABAJADOR/A DE SALUD? SI\_/NO\_                      LUGAR DE TRABAJO \_\_\_\_\_

**4. DATOS DE LABORATORIO**

NOMBRE DEL LABORATORIO \_\_\_\_\_  
 FECHA DE TOMA DE MUESTRA \_\_/\_\_/\_\_                      TÓRULA \_\_\_\_\_/ ANF \_\_\_\_\_                      OTRA \_\_\_\_\_

**5. CONTACTOS ESTRECHOS<sup>2</sup>**

NOMBRE _____	RUT _____	CELULAR _____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> PS
NOMBRE _____	RUT _____	CELULAR _____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> PS
NOMBRE _____	RUT _____	CELULAR _____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> PS

NOMBRE MÉDICO<sup>3</sup> \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_  
 ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Este formulario no reemplaza la notificación obligatoria en el sistema EPIVIGILA, sino más bien, es una herramienta de apoyo para la notificación y debe ser ingresada precozmente a la plataforma para asegurar la oportunidad de esta.