



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA COVID-19

I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN

1. Fecha notificación: ___/___/___ 4. Inst. Adm: [] Minsa [] FFAA / PNP [] EsSalud [] Privado
2. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____
3. EESS: _____
5. Clasificación del caso: [] Sospechoso [] Probable [] Confirmado [] Descartado

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: _____ N° _____
12. Peso: _____ gramos 13. Talla: _____ metros
14. Etnia o raza [] Mestizo [] Andino Pueblo etnico: _____
[] Asiático descendiente [] Indígena amazónico Pueblo etnico: _____
[] Afrodescendiente [] Otro: _____
15. Nacionalidad [] Peruano [] Extranjero País de nacionalidad _____
16. Dirección de residencia actual: Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____
Tipo de vía: [] 1. Avenida [] 3. Calle [] 5. Otros N° de puerta: _____
[] 2. Jirón [] 4. Pasaje [] 6. No indica/No responde Nombre de la vía: _____
Agrupamiento urbano/rural: [] 1. Asentamiento Humano [] 3. Grupo [] 5. Otros
[] 2. Asociación [] 4. Urbanización [] 6. No indica/No responde
Nombre del agrupamiento urbano/rural: _____
Manzana: _____ Block: _____ Interior: _____ Kilómetro: _____ Lote: _____ Referencia: _____

III. ANTECEDENTES

17. Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___
18. Signos y síntomas: [] Tos [] Fiebre [] Diarrea [] Anosmia
[] Dolor de garganta [] Cefalea [] Dificultad respiratoria [] Ageusia
[] Malestar general [] Congestión nasal [] Irritabilidad/ confusión [] Otros, especificar: _____
19. Condiciones de comorbilidad o factores de riesgo
[] De 60 años a más [] Síndrome de Down [] Condición inmunocomprometida
[] Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión) [] Obesidad [] Enfermedad renal crónica
[] Diabetes Mellitus (Tipo I y II) [] Embarazo (Edad gestacional: _____ semanas) [] Enfermedad pulmonar crónica
[] Enfermedad cerebro vascular [] Post parto/aborto (< 6 semanas o < 42 días) [] Cáncer
[] Otros, especificar: _____ [] Receptor de trasplante de órganos y/o células madre sanguíneas
20. ¿ Vacunado contra la COVID-19? [] Si [] No

VI. LABORATORIO (correspondiente a evento actual)

21. Prueba Molecular Resultado
Fecha de Toma de Muestra: ___/___/___ Tipo de Muestra: _____ Fecha de resultado: ___/___/___ [] Positivo [] Negativo
22. Prueba Antigénica
Fecha de Toma de Muestra: ___/___/___ Tipo de Muestra: _____ Fecha de resultado: ___/___/___ [] Positivo [] Negativo

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

23. Hospitalizado: [] Si [] No 24. Fecha de hospitalización: ___/___/___ 25. Fecha de alta hospital: ___/___/___
26. Nombre del Hospital: _____
27. Referido: [] Si [] No 28. Fecha de referencia: ___/___/___ Referencia de origen: _____
29. Ingreso a UCI [] Si [] No 30. Fecha de ingreso a UCI: ___/___/___
31. Condición de egreso [] Alta médica [] Alta voluntaria [] Referido [] Fallecido

V. MUERTE ASOCIADA A COVID-19 - SI EL PACIENTE FALLECIÓ CONSIGNAR ESTA SECCIÓN

32. Fecha de defunción, si aplica: ___/___/___
33. Lugar de defunción: [] Hospital / Clínica [] Vivienda [] Otros: _____

VII. INVESTIGADOR

34. Persona que llena la ficha: _____
35. Firma y sello _____

VIII. OBSERVACIONES

