



**UCATECI**  
Universidad Católica del Cibao

Fecha: \_\_\_\_\_

## FICHA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS

### Datos del paciente:

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )

Edad: \_\_\_\_\_

Dirección de su Residencia: \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono de algún familiar cercano: \_\_\_\_\_

#### Si es estudiante:

-Matrícula: \_\_\_\_\_ Carrera que estudia: \_\_\_\_\_

#### Si es colaborador:

-No. de Cédula: \_\_\_\_\_ Área y/o Escuela a la que pertenece: \_\_\_\_\_

### Sobre su situación actual:

Seguimiento del diagnóstico	Sí	No
¿Fue visto por un profesional de la salud por su condición o enfermedad?		
¿Le han tomado muestra para diagnosticar el COVID-19?		
¿Conoce el resultado de la prueba del COVID-19?		
¿Le recomendaron aislamiento intradomiciliario?		
¿Ha sido puesto en cuarentena por 14 días?		

•En caso de que le hayan tomado muestra para el COVID-19, ¿cuál fue el resultado?

Positivo ( ) Negativo ( )

•En caso de que le hayan puesto en aislamiento intradomiciliario, ¿dónde lo está cumpliendo?

\_\_\_\_\_

•Le han internado en algún centro de salud: Sí ( ) No ( )

•Nombre del centro de salud donde lo han internado: \_\_\_\_\_

•¿Han emitido algún Certificado de Salud o Licencia Médica por su condición?

Sí ( ) No ( )

•Nombre del médico que ha emitido la certificación: \_\_\_\_\_

•Lugar de trabajo del médico: \_\_\_\_\_

•Número de teléfono del médico: \_\_\_\_\_

•Recomendaciones del médico: \_\_\_\_\_

### Para uso institucional

**Clasificación del caso:** Caso sospechoso ( ) Caso probable ( ) Caso confirmado ( )

#### Atención:

En caso de que haya sido emitida una certificación de licencia médica, el paciente deberá remitir una copia de la misma al Departamento de Gestión Humana, en caso de ser colaborador; o al Coordinador del Comité de Gestión de Crisis, en caso de ser estudiante.

•En caso de que le hayan tomado muestra para el COVID-19, ¿cuál fue el resultado?

Positivo ( ) Negativo ( )

•En caso de que le hayan puesto en aislamiento intradomiciliario, ¿dónde lo está cumpliendo?

\_\_\_\_\_

•Le han internado en algún centro de salud: Sí ( ) No ( )

•Nombre del centro de salud donde lo han internado: \_\_\_\_\_

•¿Han emitido algún Certificado de Salud o Licencia Médica por su condición?

Sí ( ) No ( )

•Nombre del médico que ha emitido la certificación: \_\_\_\_\_

•Lugar de trabajo del médico: \_\_\_\_\_

•Número de teléfono del médico: \_\_\_\_\_

•Recomendaciones del médico: \_\_\_\_\_

**Clasificación del caso:** Caso sospechoso ( ) Caso probable ( ) Caso confirmado ( )

**Atención:**

En caso de que haya sido emitida una certificación de licencia médica, el paciente deberá remitir una copia de la misma al Departamento de Gestión Humana, en caso de ser colaborador, o al Coordinador del Comité de Gestión de Crisis, en caso de ser estudiante.