

Registro de Signos y Síntomas durante la atención de pacientes con COVID-19 en casa.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Poliza Seguro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Familia anfitriona\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Club Anfitrión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ YEO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fiebre/Fever:** Registro de temperatura cada 4 horas, tomada con termómetro digital o de mercurio.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Hora  Día | 04:00 | 08:00 | 12:00 | 16:00 | 20:00 | 24:00 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |

**Oximetría/Oximetry:** Registro de la oxigenación de la sangra medida con Oxímetro digital.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Hora  Día | 04:00 | 08:00 | 12:00 | 16:00 | 20:00 | 24:00 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |

**Tos/cough:** Registro de las características de la tos (marque con una “X”).

|  |  |
| --- | --- |
| Día | Frecuencia |
| Ausente | Escasa | Moderada | Frecuente |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

**Dolor de cabeza/Headache:** Registro de las características de la tos (marque con una “X”).

|  |  |
| --- | --- |
| Día | Intensidad |
| Ausente | Escasa | Moderada | Frecuente |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

**Dolor toracico/Chest pain:** Registro de las características de la tos (marque con una “X”).

|  |  |
| --- | --- |
| Día | Intensidad |
| Ausente | Escasa | Moderada | Frecuente |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

Descripción de otros síntomas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de inicio de contagio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nota general de Evolución\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tratamiento Actual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Ultimo reporte a distrito patrocinador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A quien se le reporto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_