



**CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA
MEDICINA LABORAL
TRIAGE RESPIRATORIO PARA INGRESO A LA ACTIVIDAD LABORAL**

Fecha de Elaboración

____ / ____ / ____

OBJETIVO

Identificar Signos y síntomas sospechosos de enfermedad Respiratoria por COVID-19 en los empleados del Centro de Excelencia Medica en Altura y disminuir el riesgo de contagio y morbilidad en la organizacion

DATOS GENERALES

Nombre (s) y Apellidos

Fecha de Nacimiento

____ / ____ / ____

Masculino

Femenino

Edad

TRIAGE

Dificultad para respirar	NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Referencia Inmediata a unidad Médica correspondiente	
Dolor torácico	NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		
Fiebre	NO <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Alta <input type="checkbox"/>	Valoración médica por servicios CEMA NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza	NO <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	
Tos	Leve <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Grave <input type="checkbox"/>	

Otros

Dolor o ardor de garganta

Dolor muscular

Escalofríos

Conjuntivitis

Dolor de articulaciones

Sudoración

Congestión nasal

Fatiga y debilidad

Diarrea, náusea o vómito

¿Desde cuándo se ha sentido enfermo (a)? _____

¿Padece alguna enfermedad?

Cáncer

Hematológica

Pulmonar

Cardiovascular

Hepática

Renal

Diabetes 1 y 2

Inmunológica

Tratamiento inmunosupresor

Diabetes gestacional

Neurológica

VIH

Embarazo

Obesidad

Otra (s): _____

CASO SOSPECHOSO

Persona de cualquier edad que en los últimos 7 (siete) días haya presentado al menos dos de los siguientes signos y síntomas: tos, fiebre o cefalea*, Disnea (dato de gravedad)

Acompañados de al menos uno de los siguientes signos o síntomas:

- Artralgias
- Mialgias
- Odinofagia / ardor faríngeo
- Rinorrea
- Conjuntivitis
- Dolor torácico

CASO CONFIRMADO

Persona que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso y que cuente con diagnóstico por la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública reconocidos por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE)**

*En menores de cinco años, en lugar de dolor de cabeza (cefalea) se puede presentar irritabilidad

**La lista de laboratorios validada por el InDRE se difundirá por el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE)

Definiciones vigentes desde 24/03/2020

TRIAGE RESPIRATORIO EN ATENCIÓN PRIMARIA INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. **Fecha de elaboración.** Registre la fecha en que se llena el formato DD/MM/AAAA

DATOS GENERALES

2. **Nombre (s) y Apellidos.** Registre el nombre completo de la persona
3. **Fecha de Nacimiento.** Registre la fecha de nacimiento con el formato DD/MM/AAAA
4. **Sexo.** Marque en la casilla con una "X", según corresponda a masculino o femenino
5. **Edad.** Registre la edad en años cumplidos para niños y adultos, meses para lactantes y días para recién nacidos

TRIAGE

6. **Dificultad para respirar.** Indague la presencia de dificultad respiratoria (sensación de falta de aire); marque en la casilla con una "X" según corresponda. Este dato clínico es habitual en los casos más graves de COVID-19, puede presentarse de forma leve a grave. En cualquier caso, debe ser atendido inmediatamente por el área de urgencias para su valoración médica
7. **Dolor torácico.** Indague la presencia de dolor en el pecho (tórax), también puede referirse como sensación de opresión en la misma área; marque la casilla con una "X" según corresponda. Este síntoma puede presentarse de forma leve a grave. En cualquier caso, debe ser atendido inmediatamente por el área de urgencias para su valoración médica
8. **Fiebre.** Indague si la persona ha referido fiebre al menos en la última semana y marque la casilla con una "X" según corresponda. La presencia de fiebre moderada a alta, acompañada de algún otro dato clínico respiratorio amerita valoración por el área de evaluación COVID-19
9. **Dolor de cabeza.** Indague la presencia e intensidad de dolor de cabeza (cefalea) y marque la casilla con una "X" según corresponda. La presencia de dolor de cabeza moderada a grave, acompañado de algún otro dato clínico respiratorio amerita valoración por el área de evaluación COVID-19
10. **Tos.** Indague la presencia e intensidad de la tos; marque la casilla con una "X" según corresponda. La presencia de tos moderada a grave, acompañada de algún otro dato clínico respiratorio amerita valoración por el área de evaluación COVID-19
11. **Otros.** Indague la presencia de otros datos clínicos asociados a COVID-19 y marque la casilla con una "X" según corresponda de acuerdo a la lista de cotejo: Congestión nasal con o sin descarga, Conjuntivitis (ojos rojos o irritados), Dolor torácico (dolor referido en el pecho o sensación de opresión), Dolor muscular, Dolor de articulaciones, Dolor o ardor de garganta, Escalofríos (sensación de frío intenso y repentino), Sudoración, Fatiga y debilidad, así como Diarrea, Náusea o Vómito
12. **Atención por área COVID-19.** De acuerdo con la presencia y gravedad de los datos clínicos (fiebre, dolor de cabeza, tos y otros) marque la casilla con una "X" si amerita atención por el área de evaluación COVID-19
13. **¿Desde cuándo se ha sentido enfermo?** Indague la fecha de inicio del cuadro clínico respiratorio
14. **¿Padece alguna enfermedad?** Indague si la persona padece alguna enfermedad de la lista de cotejo. Pregunte y marque en la casilla con una "X" según corresponda; en caso de alguna otra enfermedad especifique