

ANEXO 1. Formato de Estudio de Caso Sospechoso de COVID-19

| Estudio epidemiológico de caso sospechoso de COVID-19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------|------------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entidad: | <input type="text"/> | Jurisdicción: | <input type="text"/> | Municipio: | <input type="text"/> | Nombre de la Unidad Médica: | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Institución: | <input type="text"/> | CLUES: | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS GENERALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de ingreso a la unidad: | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Primer Apellido: | <input type="text"/> | Segundo Apellido: | <input type="text"/> | Nombre (s): | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de Nacimiento: | Día: <input type="text"/> | Mes: <input type="text"/> | Año: <input type="text"/> | Edad: | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sexo: | Hombre: <input type="checkbox"/> | Mujer: <input type="checkbox"/> | ¿Está embarazada? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Meses de embarazo: | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nacionalidad: | Mexicana: <input type="checkbox"/> | Extranjera: <input type="text"/> | País de origen: | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entidad de nacimiento: | <input type="text"/> | | | Entidad / Delegación de Residencia: | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Municipio de residencia: | <input type="text"/> | | | Localidad: | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calle: | <input type="text"/> | | | Número externo: | <input type="text"/> | Número interno: | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entre qué calles: | <input type="text"/> | | | y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Colonia: | <input type="text"/> | | | C.P.: | <input type="text"/> | Teléfono: | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Se reconoce cómo indígena? | Sí <input type="checkbox"/> | | No <input type="checkbox"/> | | ¿Habla alguna lengua indígena? | Sí <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocupación: | <input type="text"/> | | | ¿Es Migrante? | Sí <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Realizó algún viaje a un país con transmisión local comunitaria* en los 14 días previos al inicio de signos y síntomas? | | | | Sí <input type="checkbox"/> | | No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En caso afirmativo responda lo siguiente: | | | | ¿Usted es residente de algún país con transmisión local comunitaria*? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de viaje: | <input type="text"/> | Aerolínea/vuelo de llegada a México: | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de llegada a México: | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Durante las 2 semanas previas al inicio de los síntomas : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Tuvo contacto con alguna persona con sintomatología respiratoria? <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lugar de contacto: <input type="text"/> 1=Hogar 2=Área de trabajo 3=Área de entretenimiento social 4=Unidad médica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Tuvo contacto con animales? <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Qué tipo de contacto tuvo? <input type="text"/> Cual: <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Visitó algún mercado, donde hubiera venta de animales? <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1=Animales vivos 2=Animales muertos 3=Sangre 4=Heces 5=Huevo 6= Visceras | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lugar: <input type="text"/> Fecha: <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antecedentes de viajes internacionales y nacionales: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En caso afirmativo informe los países o ciudades visitados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">País al que viajó</th> <th style="width: 20%;">Ciudad del país al que viajó</th> <th style="width: 20%;">Fecha llegada dd/mm/aaaa</th> <th style="width: 20%;">Fecha de salida dd/mm/aaaa</th> <th style="width: 20%;">Aerolínea/vuelo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | | | | | | | | País al que viajó | Ciudad del país al que viajó | Fecha llegada dd/mm/aaaa | Fecha de salida dd/mm/aaaa | Aerolínea/vuelo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| País al que viajó | Ciudad del país al que viajó | Fecha llegada dd/mm/aaaa | Fecha de salida dd/mm/aaaa | Aerolínea/vuelo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿En los últimos 14 días, ha tenido contacto cercano** con una persona con sospecha de COVID-19? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿En los últimos 14 días, ha tenido contacto cercano** con una persona confirmada por laboratorio de COVID-19? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Tuvo contacto con otras personas o familiares que hayan viajado a algún país con transmisión local comunitaria* en los 14 días previos al inicio de síntomas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Países con transmisión local comunitaria: China, Hong Kong, Corea del Sur, Japón, Italia, Irán y Singapur. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Contacto cercano: estar a 2 metros de distancia, o dentro de la habitación o área de cuidado, de un caso por un período prolongado de tiempo sin usar el equipo de protección personal (por ejemplo, batas, guantes, respirador desechable N95 y protección ocular); puede incluir cuidar, vivir, visitar o compartir un área o sala de espera médica. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS CLÍNICOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de inicio de síntomas: <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿En los últimos 14 días ha presentado los siguientes signos y síntomas? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fiebre | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Cefalea | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Co-morbilidad | Sí <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Irritabilidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dolor torácico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diarrea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | EPOC | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dificultad respiratoria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vómito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Calosfríos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inmunosupresión | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hipertensión | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Mialgias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | VIH/Sida | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Artralgias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad cardiovascular | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Ataque al estado general | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Obesidad | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Rinorrea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Insuficiencia renal crónica | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Polipnea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Insuficiencia hepática crónica | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Odinofagia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tabaquismo | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Conjuntivitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Cianosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Convulsiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Otro | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| DATOS DE LA UNIDAD MÉDICA | | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|--|--|--|-----------------------------|
| Servicio de ingreso: | <input type="text"/> | Tipo de paciente: | 1=Ambulatorio <input type="checkbox"/> | 2=Hospitalizado <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fecha de ingreso a la unidad: | <input type="text"/> dd/mm/aaaa | El caso fue ingresado a la UCI: | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| | | El caso fue intubado: | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| | | El caso tiene diagnóstico de Neumonía: | Clinica <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| | | Radiológica: | | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

| TRATAMIENTO | | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|---|--------------------------|
| ¿Recibió tratamiento antipirético / analgésico? | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> | | | |
| Seleccione antipirético/analgésico: <i>*Puede marcar más de una opción de la lista siguiente</i> | | Fecha de inicio del tratamiento antipirético/analgésico: <input type="text"/> dd/mm/aaaa | | | |
| Paracetamol <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Naproxeno <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diclofenaco <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ibuprofeno <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Piroxicam <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ketorolaco <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ácido acetilsalicílico <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Metamizol sódico <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Clonixinato de lisina <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| ¿Recibió tratamiento antiviral? | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> | | | |
| Seleccione antiviral: <i>*Puede marcar más de una opción de la lista siguiente</i> | | Fecha de inicio del tratamiento antiviral: <input type="text"/> dd/mm/aaaa | | | |
| Amantadina <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zanamivir <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ribavirina <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rimantadina <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Peramivir <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Osetamivir <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| ¿Recibió tratamiento antibiótico? | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> | | | |
| Seleccione el antibiótico: <i>*Puede marcar más de una opción de la lista siguiente</i> | | Fecha de inicio del tratamiento antibiótico: <input type="text"/> dd/mm/aaaa | | | |
| Penicilina <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Clindamicina <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Amoxicilina c/s Ac. Clauvulánico <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dicloxacilina <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Claritromicina <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ampicilina <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ciprofloxacino <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Amikacina <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Meropenem <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Doxiciclina <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vancomicina <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Cefalosporina <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |

| LABORATORIO | | | | | |
|---|---------------------------------|---|---------------------------------|--|----------------------|
| ¿Se le tomó muestra al paciente? | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Laboratorio de diagnóstico: <input type="text"/> | |
| Tipo de muestra <i>*Puede marcar más de una opción de la lista siguiente</i> | | | | | |
| Exudado faríngeo <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lavado bronquial <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Exudado nasofaríngeo <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Biopsia de pulmón <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Fecha de toma de muestra: | <input type="text"/> dd/mm/aaaa | Fecha de envío de la muestra: | <input type="text"/> dd/mm/aaaa | | |
| Fecha de recepción de muestra: | <input type="text"/> dd/mm/aaaa | Fecha de resultado: | <input type="text"/> dd/mm/aaaa | Resultado: | <input type="text"/> |

| EVOLUCIÓN | | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------|-------------|
| Evolución | <input type="text"/> | 1=Alta por mejoría | 2=En tratamiento | 3=Caso grave | 4=Caso no grave | 5=Defunción |
| Fecha de egreso: | <input type="text"/> dd/mm/aaaa | | | | | |
| Fecha de defunción: | <input type="text"/> dd/mm/aaaa | | | | | |
| Folio de certificado de defunción | <input type="text"/> | *Defunción por COVID-19 | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | | |

| CONTACTOS | | | | | | | |
|---|------|---|------|--------------------------------|--------------------|---|---------------|
| Nombre (Apellido paterno, materno, nombre) | Sexo | | Edad | Tipo de contacto (ID o ED)* | Correo electrónico | Presenta signos y síntomas (Fiebre, tos, dolor torácico, dificultad respiratoria, otros) | Observaciones |
| | F | M | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

* ID = Intradomiciliario , ED = Extradomiciliario (Trabajo, Unidades médicas, Escuela, Mercado, Sitio de reunión, etc.)

Nota: En caso de que algún contacto cumpla con definición operacional de caso sospechoso, realizar el estudio epidemiológico de caso sospechoso

| | | |
|---|----------------------------------|---|
| Nombre y cargo de quien elaboró | Nombre y cargo de quien autorizó | Fecha de elaboración: <input type="text"/> dd/mm/aaaa |
| <hr/> | <hr/> | |
| <hr/> | <hr/> | |
| Contacto: Teléfono y correo electrónico | | |
| <hr/> | | |