




FORMULARIO PACIENTES SARS-CoV2

DATOS DEL PACIENTE

Nombre _____	D.N.I _____	ETIQUETA IDENTIFICATIVA 
Apellido 1 _____	SEXO HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>	
Apellido 2 _____	FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____	
FECHA DE EXTRACCIÓN ____/____/____	Teléfono _____	

DATOS DE INTERES

	SI	NO	NS/NC	FECHA	COMENTARIO
Ha estado en contacto con alguna persona que tenga COVID positivo					
Ha viajado en los últimos 14 días a algún país de riesgo					
Su puesto de trabajo es de primera necesidad					

SINTOMAS

	SI	NO	NS/NC	FECHA	COMENTARIO
Ha tenido síntomas o tiene síntomas					
Fecha inicio / fin de síntomas (indicar)					
Tos					
Fiebre					
Sensación de frío					
Dificultad para respirar					
Diarrea					
Dolor Abdominal					
Neumonía					
Dolor de garganta					
Secreción nasal					
Dolor de cabeza					
Cansancio					
Dolor muscular					
Ausencia de olfato					
Ausencia de gusto					
Otros síntomas (indicar):					

DATOS CLÍNICOS				FECHA	COMENTARIO
	SI	NO	NS/NC		
Hipertensión					
Diabetes					
Enfermedad pulmonar crónica					
Problemas renales					
Enfermedad cardiovascular					
VIH					
Cáncer					
Inmunodeprimido					
Enfermedad hepática					
Embarazo					
Semana de embarazo (indicar)					
Toma medicación (indicar):					

OTRAS PATOLOGÍAS	
¿Padece alguna enfermedad diagnosticada previa y no contemplada en este cuestionario? SI <input type="checkbox"/>	
POR FAVOR INDICAR CUAL:	
ES EL PRIMER TEST covid19 SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> en caso de NO por favor fecha/s:	
TIPO DE TEST: EL RESULTADO FUE: + o - Cuant:	

PRUEBA A REALIZAR			
COVID PCR <input type="checkbox"/>	Ac. COVID IgG IgM (rápido) <input type="checkbox"/>	SARS PLEX (IgA, IgM, IgG) <input type="checkbox"/>	
Ac. Covid IgA ELISA <input type="checkbox"/>	Ac. Covid IgG ELISA <input type="checkbox"/>	Ac. Covid IgM ELISA <input type="checkbox"/>	
QML Ac. Total (IgA, IgM, IgG) <input type="checkbox"/>	QML Ac. Covig IgG <input type="checkbox"/>	Perfil Inflamatorio asociado <input type="checkbox"/>	
MOTIVO para hacerse la prueba:			

CENTRO MEDICO QUE PREFERE	
ACBS c./ Estudiantes nº 5, esquina con Juan Montalvo 25 28040 MADRID	<input type="checkbox"/>
ACBS Avenida del Nuevo Mundo nº 11 28660 Boadilla del Monte	<input type="checkbox"/>
OTRO (indicar cual)	<input type="checkbox"/>

Es obligatorio el consentimiento del paciente en esta prueba ya que los casos confirmados se notificarán al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad y al Centro Nacional de Epidemiología del ISCIII.

TIENE SEGURO MEDICO PRIVADO

CUAL:

APORTA PRESCRIPCIÓN MÉDICA

SI

Firma y fecha

TELF.: 916 334 223

www.eaac.es

Info@eaac.com