***REPORTE INTERNO DE CASOS PROBABLES, SOSPECHOSOS, CONFIRMADOS O CONTACTOS DIRECTOS COVID-19***

1. **Información general del caso.**
2. **Tipo de caso de acuerdo con los lineamientos nacionales para la vigencia de la enfermedad COVID-19:**

Caso sospechoso

Caso probable

Caso confirmado: Por laboratorio

Por nexo epidemiológico

Contacto cercano

Otros, especifique: 

1. **Nombre del Centro de Trabajo:**



1. **Datos personales de la persona trabajadora:**

**Nombre completo:**



**Número de identificación:**



**Número de Teléfono:**



**Correo electrónico**



**Puesto de trabajo**



1. **Lugar de residencia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Provincia** | **Cantón** | **Distrito** |
|  |  |  |

**Señas**



1. **Antecedentes del caso**
   * ¿La persona tiene síntomas?
   * La persona ha estado en contacto directo con un caso confirmado, caso sospechoso o caso probable en su entorno laboral o personal.
   * Fecha de inicio de síntomas
   * Detalle de los síntomas identificados
   * La persona se ha realizado una prueba de laboratorio
   * Detalle de las tareas realizadas y las áreas donde estuvo en la UNA desde 48 horas antes de tener síntomas y hasta que se retiró de la UNA
   * Último día que la persona estuvo presente en la institución.
2. **Situación actual de la persona**
   * En aislamiento domiciliario voluntario
   * En aislamiento domiciliario con orden sanitaria:
   * En aislamiento domiciliario con teletrabajo y/o vacaciones
   * Hospitalizado:
   * Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. **Personas con quien tuvo contacto:**

**Contacto 1:**

1. Nombre completo: 
2. No. de Identificación: 
3. No. de teléfono: 
4. Correo electrónico: 
5. Lugar de trabajo: 
6. Cargo: 
7. Día del contacto: 
8. Tipo del contacto:

Cuidados a un caso sintomático.

Exposición en forma directa a moco o saliva de una persona sintomática, ya sea producida por un estornudo o tosido, o por beso, o alimentos o utensilios de alimentación compartidos.

Contacto cara a cara con un caso a menos de 1.8 metros de distancia y por más de 15 minutos.

Contacto en un lugar cerrado (aula, oficina, sala de sesiones, área de espera o habitación) con un caso sintomático a una distancia menor de 1.8 metros, por un período mayor o igual a 15 minutos.

Otro, especifique: 

**Contacto 2:**

(Completar la información solicitada para el contacto 1, repetir con todos los casos contactos)

1. **Responsable del reporte:**

**Nombre completo:** 

**Teléfono:** 

**Correo:** 

**Cargo:** 