



Federación Deportiva Peruana de Natación

MIEMBRO DEL I.P.D. Y C.O.P
AFILIADA A LA FINA. CONSANAT Y UANA

FICHA DE EVALUACIÓN CLÍNICA GENERAL

I. FILIACIÓN				
1. APELLIDOS Y NOMBRES				
2. DNI:		3. SEXO:		
4. FEDERACIÓN DEPORTIVA NACIONAL				
5. FECHA Y HORA:				
6. N° DE TELEFONO:				
7. FECHA DE NACIMIENTO:		8. EDAD:		
9. DIRECCIÓN				
II. INFORMACIÓN CLÍNICA				
10. SIGNOS/SINTOMAS:				
Tos		Malestar general		Dolor:
Dolor de garganta		Diarrea		Muscular
Congestión nasal		Nauseas / Vómitos		Abdominal
Dificultad respiratoria		Cefalea		Pecho
Fiebre/escalofrío		Irritabilidad y Confusión		Articulaciones
Otros, especificar				
11. TEMPERATURA:				°C
12. CONDICIÓN DE COMORBILIDAD				
Embarazo		Post parto		
Enfermedad cardiovascular		Inmunodeficiencia (incluye VIH)		
Diabetes		Enfermedad renal		
Enfermedad Hepática		Daño hepático		
Enfermedad neuromuscular		enfermedad pulmonar crónica		
Otros, especificar				
III. INFORMACIÓN DE EXPOSICIÓN				
13 ¿Ha viajado en los últimos 14 días?		SI		NO
Si la respuesta es SÍ, especificar los lugares:				
14 ¿Ha visitado algún establecimiento de salud en los 14 días previos al inicio de síntomas?		SI		NO
Si la respuesta es SÍ, especificar motivo y el centro de salud:				
15 ¿Ha tenido contacto cercano con una persona con infección respiratoria aguda en los 14 días previos?		SI		NO
Si la respuesta es SÍ, especificar el grado de parentesco o afinidad:				
16 ¿Ha tenido contacto con un caso confirmado o probable en los 14 días previos al inicio de síntomas?		SI		NO
Declaro haber recibido información sobre el presente documento. Declaro que la información proporcionada en este documento es veraz y correcta, responsabilizándome por todos los datos y comentarios proporcionados.			FIRMA	
IV. CONCLUSIONES				
17 EVALUADO ELEGIBLE				
18 EVALUADO NO ELEGIBLE				
¿Si no es elegible, proceder a manejo de caso sospechoso?		SI		NO
NOMBRE Y APELLIDO DEL EVALUADOR		FIRMA		