



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE CONTACTOS COVID-19

I. DATOS GENERALES DEL CASO CONFIRMADO

Fecha investigación: ____/____/____

Nombre del caso confirmado: _____ N° DNI/CE/Pasaporte: _____

3. EESS: _____ 4. Inst. Adm: MINSA EsSalud Privado

5. Clasificación del caso: Confirmado Probable Sospechoso

II. DATOS DEL CONTACTO

Apellidos y nombres: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Año Mes Día

Sexo: Masculino Femenino N° DNI/CE/Pasaporte: _____

Correo electrónico: _____ N° Teléfono: _____

Dirección de residencia actual: _____ País: _____

Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

Tipo de contacto: Familiar Centro laboral Centro estudios EESS
 Evento social Atención médica domiciliaria Otros: _____

Fecha de contacto: ____/____/____

Factores de riesgo y comorbilidad

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Embarazo (Edad gestacional: _____) | <input type="checkbox"/> Post parto/aborto (≤ 6 semanas o 42 días) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión) | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia (incluye VIH) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica neurológica o neuromuscular | <input type="checkbox"/> Sobrepeso |
| <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____ | |

III. EL CONTACTO ES UN CASO SOSPECHOSO

Si No

VI. INVESTIGADOR

Persona que llena la ficha: _____ N° Teléfono: _____

Firma y sello: