CUESTIONARIO GALENO ART-PROTOCOLO COVID19-

EMPRESA Y CUIT:

DIRECCION:

DENUNCIANTE:

TEL:

DNI DEL EMPLEADO:

POSEE CERTIFICADO DE COVID (+) (SI/NO):

ANAMNESIS

EDAD:

DOMICILIO DONDE TRABAJA:

ACTIVIDAD QUE REALIZA:

ÚLTIMA FECHA DE PRESENTACIÓN EN EL TRABAJO:

SINTOMATOLOGÍA

SÍNTOMAS QUE PRESENTÓ:

FECHA DE COMIENZO DE LOS MISMOS:

SÓLO SI RECIBIÓ ASISTENCIA MÉDICA.

TIPO DE ATENCIÓN (DÓNDE, TRATAMIENTO, ETC):

EPIDEMIOLOGIA

COMIENZO DE LOS SÍNTOMAS:

LUGARES A LOS QUE CONCURRIÓ:

CONTACTO CON PERSONAS CON ANTECEDENTES DE VIAJE AL EXTRANJERO (SI/NO):

SÓLO SI TIENE CONOCIMIENTO DE ALGÚN OTRO CASO COVID (+)

EN SU ENTORNO LABORAL (SI/NO):

TRATAMIENTO

DÓNDE OBTUVO LA **PRIMERA** ATENCIÓN:

FECHA DE REALIZACIÓN DEL 1º TEST:

FECHA DE RESULTADO DEL 1° TEST:

CANTIDAD DE DÍAS CONCURRIDOS DESDE EL 1º TEST:

SINTOMATOLOGÍA ACTUAL:

PACIENTE AMBULATORIO O INTERNADO:

PRESTACIONES MÉDICAS O DE INTERNACIÓN QUE ESTÁ RECIBIENDO:

¿SON EN NOSOCOMIO PRESTADOR DE GALENO O ENTIDAD PÚBLICA?:

DATOS FILIATORIOS DEL PACIENTE

VIVE EN CABA (SI/NO):

VIVE EN GBA (SI/NO):

TEL CONTACTO:

DOMICILIO PARTICULAR **COMPLETO**:

TEL FAMILIAR CTO: