



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE CONTACTO COVID-19

I. DATOS GENERALES DEL CASO CONFIRMADO

Fecha investigación: ____/____/____

Nombre del caso confirmado: _____

II. DATOS DEL CONTACTO

Apellidos y nombres: _____

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

Sexo: Masculino Femenino DNI/CE/Pasaporte: _____

Correo electrónico: _____ N° Teléfono: _____

Dirección de residencia actual: _____

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 (Trimestre: _____) | <input type="checkbox"/> Pos parto (< 6 semanas) |
| <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"/> Daño hepático |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica neurológica o neuromuscular | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica |
| <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer |

III. EL CONTACTO ES UN CASO SOSPECHOSO

Si No

IV. INVESTIGADOR

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

Firma y sello _____