



PERÚ

Ministerio
de SaludCentro Nacional de
Epidemiología, Prevención y
Control de Enfermedades**FICHA DE VIGILANCIA DE HOSPITALIZACIONES Y
DEFUNCIONES POR COVID-19****I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN**

1. Fecha notificación ____/____/____

2. Clasificación del caso: Sospechoso Probable Confirmado Descartado**II. DATOS DEL PACIENTE**

3. Apellidos y nombres: _____ 4. N° Teléfono: _____

5. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 6. Edad: _____ Años Meses Días7. Sexo: Masculino Femenino 8 DNI/CE/Pasaporte: _____**INFORMACIÓN DEL DOMICILIO DEL PACIENTE**

9. Dirección de residencia actual: _____ País: _____

Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

III. DATOS DE LA HOSPITALIZACIÓN

10. Fecha de hospitalización ____/____/____ | Fecha de inicio de síntomas ____/____/____

11. Lugar de hospitalización

Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

EESS: _____ 12 Inst. Adm: MINSA EsSalud Privado

13. Ocupación: _____ 14. Si es trabajador de salud, especificar su profesión: _____

15. Lugar de trabajo del trabajador de salud:

Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

EESS: _____ 16. Inst. Adm: MINSA EsSalud Privado

17. Diagnostico de ingreso _____

IV. EVOLUCIÓN18. Servicio de hospitalización Sala de aislamiento UCI19. Uso de ventilación mecánica Si No20. Evolución del paciente: Favorable Desfavorable Fallecido Alta

21. Fecha de defunción, si aplica: ____/____/____ 22. Hora de defunción, si aplica: ____/____/____

23. Fecha de alta, si aplica: ____/____/____

VI. INVESTIGADOR

24. Persona que llena la ficha: _____

25. Firma y sello: