

Planilla Registro Test de Antígeno COVID-19 para burbujas

Fecha de testeo	____/____/____	Motivo del test:	Síntomas <input type="checkbox"/>
Alumno Docente No docente			Contacto Estrecho <input type="checkbox"/>
			Colegio:
			Grado/curso:
			División:
			Turno:

- Villa María -

Apellido y Nombre Paciente:	
DNI:	
Fecha de Nacimiento:	____/____/____
Edad:	
Departamento:	GRAL. SAN MARTIN
Localidad:	
Barrio:	
Domicilio:	
Telefono:	
Obra Social:	
Grupo Sanguineo:	
Mail:	

FIS _____

Falta de aire	Fiebre/febrícula	Dolor de cuerpo	Dolor de garganta	Congestión nasal	Diarrea	Dolor de cabeza	Tos	Pérdida del olfato	Pérdida del gusto

Fue contacto estrecho de algún caso Covid?	SI	NO	¿Nombre?:
Ya tuvo Covid?	SI	NO	¿Cuándo?:
Recibió vacuna Covid?	SI	NO	1 dosis / 2 dosis

Tiene enfermedades crónicas					
DIABETES	HIPERTENSION	ASMA	CANCER	FUMA	OBESIDAD

RESULTADO	POSITIVO	NEGATIVO
-----------	----------	----------

INDICACIONES

- AISLAMIENTO POR 10 DIAS, ALTA CEPRECOV.
- AISLAMIENTO POR 14 DÍAS, REPETIR TEST AL DÍA 7
- SE REALIZA PCR