



Planilla Registro Test de Antígeno COVID-19 para burbujas

Fecha de testeo /

Alumno | Docente | No docente

- Villa María -

Motivo del test:	Síntomas <input type="checkbox"/>
	Contacto Estrecho <input type="checkbox"/>
Colegio:	
Grado/curso:	
División:	
Turno:	

Apellido y Nombre Paciente:	
DNI:	
Fecha de Nacimiento:	/ /
Edad:	
Departamento:	GRAL. SAN MARTIN
Localidad:	
Barrio:	
Domicilio:	
Teléfono:	
Obra Social:	
Grupo Sanguíneo:	
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
Ya tuvo Covid?	SI	NO
Recibió vacuna Covid?	SI	NO

¿Nombre?:

¿Cuándo?:

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