

# MUNICIPIO DE GUAYAQUIL

## DIRECCIÓN DE SALUD E HIGIENE

DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

FICHA EPIDEMIOLÓGICA COVID-19 /

COVID-19 EPIDEMIOLOGICAL FORM

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE PASAJEROS / PASSENGER INFORMATION		
Nombres y Apellidos / Full name:		
Edad / Age:	Sexo / Gender:	
Estado Civil / Civil Status:	Número de vuelo / Flight number:	
Domicilio / Address:	Número telefónico / Phone Number:	
Parroquia /Town :	Cantón / City :	Provincia / Province :
Número de ID o Pasaporte / ID or Passport number:	Correo Electrónico / E-mail:	

2. INFORMACIÓN CLÍNICA / MEDICAL INFORMATION			
Fecha de inicio de síntomas / Date symptoms started:			
Marque todos los que aplica / Check all that apply:			
Dolor Muscular / Muscle pain	<input type="checkbox"/>	Dolor de Pecho / Chest pain	<input type="checkbox"/>
Dolor Abdominal / Abdominal pain	<input type="checkbox"/>	Malestar general / General Malaise	<input type="checkbox"/>
Tos / Cough	<input type="checkbox"/>	Diarrea / Diarrhea	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta / Sore throat	<input type="checkbox"/>	Náuseas/vómitos / Nausea/vomit	<input type="checkbox"/>
Congestión Nasal / Nasal congestion	<input type="checkbox"/>	Cefalea / Headache	<input type="checkbox"/>
Dificultad respiratoria / Breathing difficulty	<input type="checkbox"/>	Irritabilidad/confusión / Irritability/confusion	<input type="checkbox"/>
Fiebre/escalofrío / Fever/chills	<input type="checkbox"/>	Otros, especificar / Other, specify:	

\_\_\_\_\_  
Firma de responsabilidad / Signature

Fecha/Date: \_\_\_\_\_

Si usted tiene más de dos síntomas siga a la siguiente página / if you have more than two symptoms go to the next page:

**3. INFORMACIÓN DE VIAJE Y EXPOSICIÓN EN LOS 14 DÍAS ANTERIORES A LA FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS (ANTES DE INFORMAR SI ES ASINTOMÁTICO) / Travel and exposure information within 14 days before the beginning of symptoms (Before notifying you are asymptomatic)**

Especifique lugares de viajes recientes / Specify recent travel locations:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

¿Has visitado algún establecimiento de salud en los 14 días antes del inicio de síntomas? / Have you visited any health establishment within 14 days before the beginning of the symptoms?

Si/Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Desconocido/Unknown \_\_\_\_\_

Si la respuesta es SI, nombre del establecimiento / If the answer is YES, name the establishment:

\_\_\_\_\_

¿Ha tenido contacto cercano con una persona con infección respiratoria aguda en los 14 días previos al inicio de síntomas? Si la respuesta es SI, marque según corresponda / Have you had close contact with a person with acute respiratory infection within 14 days before the beginning of symptoms? If the answer is YES, check as appropriate:

Entorno de salud / Health environment \_\_\_\_\_ Entorno familiar / Family environment \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo / Workplace \_\_\_\_\_

Desconocido / Unknown \_\_\_\_\_ Otros, especifique / Others, specify \_\_\_\_\_

¿Ha tenido contacto con un caso confirmado o probable en los 14 días antes del inicio de síntomas? / Have you close contact with a confirmed or probable case within 14 days before the beginning of symptoms?

Si/Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Desconocido/Unknown \_\_\_\_\_

Si la respuesta es SI, liste los datos de los casos confirmados o probables / If the answer is Yes, number the data of the confirmed or probable cases:

Caso/Case 1. \_\_\_\_\_

Caso/Case 2. \_\_\_\_\_

Caso/Case 3. \_\_\_\_\_

Si la respuesta es SI, marque el entorno, según corresponda / If the answer is YES, check the setting, as applicable::

Entorno de salud / Health environment \_\_\_\_\_ Entorno familiar / Family environment \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo / Workplace \_\_\_\_\_

Desconocido / Unknown \_\_\_\_\_ Otros, especifique / Others, specify \_\_\_\_\_

Si la respuesta es SI, registre el país/departamento/localidad de exposición / If the answer is Yes, register the country / city / location of exposure:

\_\_\_\_\_

**4. INFORMACIÓN DE CONTACTOS / CONTACT INFORMATION**

Nombre / Name	Edad / Age	Sexo / Gender	Relación de parentesco / Relationship	Dirección domiciliaria / Home address

Firma de responsabilidad / Signature \_\_\_\_\_

Fecha/Date: \_\_\_\_\_



**Dirección de Salud**