



## ANEXO II - CHECKLIST

### PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES POR UN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

#### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Identificación del paciente:	
Nombre y apellido del paciente:	
Diagnostico:	

#### IDENTIFICACIÓN DEL INFORME:

Fecha:	
Hora:	
Informe realizado por:	

#### OBJETIVO DEL INFORME:

Atención en consultas externas	
Atención en consultas de urgencias	
Planta hospitalización	
Cirugía en CMA	
Cirugía Electiva	
Cirugía de Urgencias	

#### INFORME CLÍNICO:

<i>¿Ha presentado en las últimas 2 semanas?</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
Fiebre mayor de 37º		
Tos seca		
Dificultad respiratoria		
Fatiga severa (cansancio)		
Dolor muscular		
Falta de olor		
Falta de gusto		
Diarrea		
<i>Existe algún motivo que justifique los síntomas por parte del paciente:</i>		
<i>¿Ha ACUDIDO al hospital, al centro de salud o LLAMADO al centro de atención por alguno de estos síntomas?</i>		
En caso afirmativo que actitud le dijeron que tomara:		

**INFORME EPIDEMIOLÓGICO GENERAL:**

		<i>SI</i>	<i>NO</i>
¿Ha tenido <b><u>CONTACTO</u></b> en las últimas 3 semanas	con algún paciente que haya sido <b><u>COVID + confirmado?</u></b>		
	con algún paciente que haya sido aislado por <b><u>síntomas sospechosos*</u></b> de infección por COVID?		
¿Ha <b><u>CONVIVIDO</u></b> en las últimas 3 semanas	con algún paciente que haya sido <b><u>COVID + confirmado?</u></b>		
	con algún paciente que haya sido aislado por <b><u>síntomas sospechosos*</u></b> de infección por COVID?		
¿Ha <b><u>acudido al HOSPITAL</u></b> por alguna <b><u>consulta o prueba o acompañando</u></b> a algún familiar en las últimas 3 semanas?			
En caso afirmativo – motivo:			
¿Ha <b><u>acudido a URGENCIAS</u></b> del <b><u>HOSPITAL</u></b> por algún motivo en las últimas 3 semanas?			
En caso afirmativo – motivo:			
¿Ha estado <b><u>HOSPITALIZADO</u></b> por algún motivo en las últimas 3 semanas?			
En caso afirmativo – motivo:			
¿Ha <b><u>acudido su CENTRO de SALUD</u></b> por algún motivo en las últimas 3 semanas?			
En caso afirmativo – motivo:			
¿ <b><u>TRABAJA</u></b> usted en algún lugar actual con personas de riesgo de infección como hospitales, centro de salud, asilos, etc...?			

\*síntomas sospechosos: fiebre mayor de 37,5º, tos seca o problemas respiratorios

**INFORME EPIDEMIOLÓGICO DE HÁBITOS PERSONALES:**

	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<b><i>¿Usa mascarilla cuando sale de su casa?</i></b>		
<b><i>¿Usa guantes cuando sale de su casa?</i></b>		
<b><i>¿Mantiene la distancia de seguridad con las personas fuera de casa?</i></b>		
<b><i>¿Se lava las manos con frecuencia?</i></b>		