



### ANEXO III

#### FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE PACIENTE POSIBLE COVID-19 EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

Informe realizado por:
Localización del paciente en el hospital:
Identificación del paciente:
Diagnóstico/ motive de ingreso:
Breves detalles de los síntomas actuales:
Fecha de cuando comenzaron los síntomas:
Historia de exposiciones a contactos sospechoso de infección COVID-19:
Fecha de la prueba COVID-19 y resultado: 1ªPCR - 2ªPCR - Test rápido - Prueba de imagen -
Plan de atención quirúrgica / médica actual actual:
Plan quirúrgico originalmente propuesto:
Implicación de COVID-19 en la atención quirúrgica:

Por favor devuelva el formulario completo a:

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_