|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES** | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** |  | | |
| **IDENTIFICACION :** |  | **EDAD:** |  |
| **DIRECCION:** |  | **TELEFONO**: |  |

Lugar de atención: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Marque con una “X” la respuesta qué usted considere:

1. ¿Usted ha estado en los últimos 14 días en alguno de los países donde hay circulación del coronavirus (Covid-19)?
2. Si b) No
3. ¿Usted ha estado en contacto o conviviendo con alguna persona diagnosticada con el coronavirus (Covid-19)?
4. Si b) No
5. ¿Es trabajador de la salud o trabaja en el ámbito hospitalario?
6. Si b) No
7. ¿Cuál de estos síntomas ha presentado?

a) Fiebre. b) Tos. c) Fatiga – falta de energía.

d) Dificultad para respirar. e)Dolor de oído y al tragar. f) Secreciones nasales. g) Ninguna de las anteriores.

5. ¿ Tiene o ha tenido en los últimos 14 días diarrea u otras molestias digestivas?

1. Si b) No
2. ¿Ha notado una pérdida del sentido del gusto o del olfato en los últimos 14 días?

Si b) No

1. ¿Ha presentado la enfermedad de COVID-19?

Si b) No

1. En caso de haber presentado la enfermedad ¿Sigue usted en cuarentena?

Si b) No

Nombres y apellidos de quién diligencia el formato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL FORMATO "ENCUESTA TRIAGE RESPIRATORIO"**

**OBJETIVO:** Hacer una identificación oportuna a todos los pacientes quepresenten síntomas característicos de casos probables o sospechosos de Covid 19.

**ALCANCE:** Para todo el personal Auxiliar de enfermería Triage respiratorio y personal del servicios de Urgencias odontológicas de la E.S.E Carmen Emilia Ospina.

***Para el diligenciamiento correcto del formato tenga en cuenta lo siguiente:***

**Lugar de atención:** Escriba el lugar de atención donde se está realizando la encuesta triage respiratorio.

**DATOS PERSONALES**

**NOMBRES Y APELLIDOS:** Escriba los nombres y apellidos de la persona que es encuestada.

**IDENTIFICACIÓN:** Registre el número de identificación del paciente.

**EDAD:** Registre la edad de la persona encuestada.

**DIRECCIÓN:** Escriba la dirección de la persona encuestada.

**TELEFONO:** Registre el número de teléfono de la persona encuestada.

**Nombres y apellidos de quién diligencia el formato:** Escriba los nombres y apellidos de la persona que diligencia el formato.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONTROL DE CAMBIOS** | | |
| Versión | Descripción del cambio | Fecha de aprobación |
| 1 | Elaboración del documento: Se elabora documento con el fin de realizar la implementación del plan de contingencia del Covid 19. | 12/03/2020 |
| 2 | Modificación del documento: Se realizó el siguiente ajuste:   1. Incorporación del ítem: “Identificación” | 19/03/2020 |
| 3 | Modificación del documento: Se realizó el siguiente ajuste:   1. Incorporación de la pregunta Nº 3 | 20/03/2020 |
| 4 | Modificación del documento:  -Incorporación del personal de los servicios de Urgencias odontológicas dentro del alcance del documento.  - Incorporación del ítems “ Ninguna de las anteriores ” para la pregunta N° 4 | 12/05/2020 |
| 5 | Modificación del documento. Incorporación de las ítems 5, 6, 7 y 8 del documento. Dicho ajuste se realiza según lineamientos del Ministerio de Salud. | 15/05/2020 |
| Nombre: Diana Goretty Patarroyo.  Cargo: Apoyo profesional garantía de la Calidad. | Nombre: Lina Andrea Candelo Ríos.  Cargo: Profesional Universitario Vigilancia Epidemiológica.  Nombre: Mónica Bibiana Martínez Macías. Cargo: Coordinadora de Calidad. | Nombre: Ingry Alexandra Suarez Castro  Cargo: Asesor Técnico Científico. |
| **Elaboró** | **Revisó** | **Aprobó** |