



Prueba COVID-19 Formulario del paciente

Laboratorio CUIDA
Instituto de Ciencias Biomédicas, UACJ
Anillo Envolverte del Pronaf y Estocolmo s/n
CP 32310, Juárez, CHIH Tel (656) 688-2100;



Información del paciente :		Orden de registro (Llenada por el laboratorio):	
Apellido paterno*		Apellido materno*	Nombre(s)*
Fecha de nacimiento* (DD/MM/AAAA)	Género* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro		Dirección:*
Colonia:	Ciudad*	Estado*	CP
Email**		Celular*	
*Información requerida ; ** El reporte se enviará vía email			
Información del solicitante:		Población del solicitante:	
¿Es trabajador de la salud : <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		<input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> UACJ <input type="checkbox"/> Otra	
¿La paciente está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe :	
¿Es su primer prueba COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		<input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> Privado/otro	
¿Tiene alguna otra condición médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		En caso de privado u otro, ¿cuál es su proveedor de seguro?	
Especificar enfermedad:		Número de seguridad social:	
Información del espécimen:			
Razón para la tomar la muestra: <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Contacto con una persona positiva a COVID-19 <input type="checkbox"/> Viaje <input type="checkbox"/> Posible exposición a persona positiva a COVID-19			
Tipo de espécimen* <input type="checkbox"/> Contenedor estéril <input type="checkbox"/> Tubo sanguíneo (Plasma, suero o sangre completa) <input type="checkbox"/> Otro (Especificar)			
Fuente del espécimen* <input type="checkbox"/> Nasofaríngea (NP) <input type="checkbox"/> Nasal (AN) <input type="checkbox"/> Orofaringea (OP) <input type="checkbox"/> Garganta <input type="checkbox"/> Otra (Especificar) :			
Tipo de prueba* <input type="checkbox"/> Prueba de antígenos para SARS CoV-2 <input type="checkbox"/> Anticuerpos IgG/IgM para SARS CoV-2 <input type="checkbox"/> Prueba molecular SARS CoV-2 (RT-PCR)			
Síntomas: Sí / NO		Códigos diagnósticos :	
<input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Escurrecimiento <input type="checkbox"/> Congestión <input type="checkbox"/> Dolor muscular <input type="checkbox"/> Dolor corporal <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Pérdida de olfato <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Vómito <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Pérdida del gusto <input type="checkbox"/> Posible exposición a una persona positiva a COVID-19 <input type="checkbox"/> Contacto con una persona positiva a COVID-19		<input type="checkbox"/> 1 Asintomático <input type="checkbox"/> 2 Posible exposición <input type="checkbox"/> 3 Exposición confirmada	
Notas:			
Firma del paciente*:			
Fecha de recolección * (DD/MM/AAAA):		Hora de recolección* : am / pm	