



FICHA DE REPORTE DE RESULTADOS DE PRUEBA RÁPIDA. COVID-19^a

Nº de Registro

DATOS DEL PACIENTE

Tipo de documento () DNI () Carnet de Extranjería () Pasaporte

Numero de documento Celular Edad Sexo Nombres Apellido Paterno Apellido Materno

Dirección

Departamento	Provincia	Distrito
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre del EESS: RENIPRESS: ¿Es personal de salud? () SI () NO Cuál:

¿Tiene síntomas? () SI () NO Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___

Marque los síntomas que presenta:

Tos	<input type="checkbox"/>	Fiebre/ escalofrío	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	Malestar general	<input type="checkbox"/>	Irritabilidad/ confusión	<input type="checkbox"/>
Congestión nasal	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	Dolor	<input type="checkbox"/>
Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/>	Náuseas/ vómitos	<input type="checkbox"/>	Otros: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS DE LA PRUEBA RAPIDA

Fecha de ejecución de la prueba rápida: ___/___/___

Procedencia de la solicitud de diagnóstico:

Llamada al 113	<input type="checkbox"/>	Contacto con caso confirmado	<input type="checkbox"/>	Persona extranjero (migraciones)	<input type="checkbox"/>
De EESS	<input type="checkbox"/>	Contacto con caso sospechoso	<input type="checkbox"/>	Personal de salud	<input type="checkbox"/>
Otro priorizado	<input type="checkbox"/>				

Resultado de la PRIMERA PR

- () Reactivo IgM
() Reactivo IgG
() Reactivo IgM/IgG
() No Reactivo
() Inválido

Resultado de la SEGUNDA PR, en caso de tener como resultado de la primera

- () Reactivo IgM
() Reactivo IgG
() Reactivo IgM/IgG
() No Reactivo

Clasificación Clínica de Severidad: () Leve () Moderado () Severo

¿El paciente presenta alguna condición de riesgo? () SI () NO ¿Cuál?:

DATOS DEL PERSONAL QUE REALIZA LA PRUEBA RÁPIDA

Nombres y Apellidos: Número de DNI:

Este formato de registro individual impreso se debe registrar en el formulario web "FORMULARIO INTEGRADO: F100 F200 F300" que se encuentra en la página <https://web.ins.gob.pe/pr>

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA RAPIDA

YO, _____
con DNI _____, domiciliado en _____,
Distrito _____, Provincia _____, Departamento _____

En pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido informado de lo siguiente:

El diagnóstico del COVID-19 por Prueba Rápida se basa en la detección de anticuerpos creados por el organismo frente a la Infección por SARS-CoV-2. Estos anticuerpos como IgM comienzan a producirse a partir del 5^{to} al 7^{mo} día de iniciado los síntomas y a partir del 10^{mo} día aproximadamente se producen los anticuerpos IgG, estos 2 Anticuerpos se producen tanto en los casos leves como en los casos graves. Por ello, lo más recomendable es realizarse esta prueba cinco días después de haber iniciado los síntomas.

Basado en esto, **DECLARO** que:

1. La información que he brindado al personal de salud del Laboratorio es verdadera.
2. He comprendido la naturaleza y propósito del examen.
3. He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas.
4. Estoy satisfecho(a) con la información proporcionada.

Por lo tanto, Expreso mi consentimiento para la realización del examen y firmo en señal de conformidad.

Trujillo, ____ de _____ del 2021.

FIRMA

DNI:.....