



**ANEXO 3**  
**FICHA DE REPORTE DE RESULTADOS DE PRUEBA**  
**RÁPIDA. COVID-19**

N° de Registro \_\_\_\_\_

Tipo de document: ( ) DNI ( ) Carnet de Extranjería ( ) Pasaporte

Número de documento  Celular

Edad  Sexo

Nombres Apellido Paterno Apellido Materno

Dirección

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

¿Es personal de salud? ( ) SI ( ) NO Profesión: \_\_\_\_\_

¿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="checkbox"/>

La siguiente información es de manejo exclusivo del personal sanitario a cargo de la Prueba Rápida

**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	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			

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: \_\_\_\_\_