



CIAS
Nombre
Fecha de cumplimentación

Número de registro
Nombre del paciente
Participa
No participa
Observaciones:

Proceso de Infección respiratoria aguda en:
Recuerda Ud. La consulta por una:

Qué recuerda de esa enfermedad:	Se recuperó sin problemas después de la consulta con su médico Tuvo alguna complicación posterior Tuvo que acudir a urgencias Tuvo que ingresar en un hospital
--	---

Presencia de cuadro diagnóstico compatible con COVID-19	
¿Le han hecho alguna vez la prueba para ver si estaba infectado por el coronavirus, cogiendo una muestra de la garganta o la nariz?	No me la han hecho nunca Sí, me la hicieron cuando tuve la enfermedad y fue negativa Sí, me la hicieron cuando tuve la enfermedad y fue positiva Sí, me la han hecho por otro motivo no relacionado con esa enfermedad y fue positiva

En los últimos meses después de la enfermedad por la que le hemos llamado ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas?		
<i>Fiebre</i>	Sí	No
<i>Escalofríos</i>	Sí	No
<i>Cansancio intenso</i>	Sí	No
<i>Dolor garganta</i>	Sí	No
<i>Tos</i>	Sí	No
<i>Sensación falta de aire al respirar</i>	Sí	No
<i>Dolor de cabeza</i>	Sí	No
<i>Náuseas y/o vómitos y/o Diarrea</i>	Sí	No
<i>Pérdida súbita de sentido del olfato o gusto₁</i>	Sí	No
Fecha inicio de los síntomas		
¿Seguía sintiendo alguno de esos síntomas en las últimas 2 semanas?	Sí	No



Antecedentes de otras enfermedades de riesgo	
¿Padece usted diabetes?	Sí No
¿Padece usted hipertensión arterial?	Sí No
¿Padece usted alguna enfermedad cardiovascular?	Sí No
¿Padece usted alguna enfermedad pulmonar crónica?	Sí No
¿Le han diagnosticado a usted de algún cáncer en los últimos 5 años?	Sí No
¿Padece usted alguna otra enfermedad crónica o grave?	Sí No
¿Es usted fumador o ha sido fumador (más de 1 cigarrillo/día) en los últimos 5 años?	Sí No
¿Podría decirme cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?	cm
¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?	kg

Contacto con casos en el momento de la enfermedad	
¿Estuvo en contacto con alguna persona diagnosticada de COVID-19?	Con nadie (que yo sepa) Miembro del hogar Familiar o amigo/a que no vive en el hogar Compañero/a de trabajo Personal de limpieza, cuidadora, servicios del hogar, etc Cliente profesional (o paciente en caso de personal sanitario)
¿Estuvo en contacto con alguna persona con síntomas gripales?	Con nadie (que yo sepa) Miembro del hogar Familiar o amigo/a que no vive en el hogar Compañero/a de trabajo Personal de limpieza, cuidadora, servicios del hogar, etc Con cliente profesional (o paciente en caso de personal sanitario)

Test rápido de anticuerpos frente al SARS-Cov-2	
Marca del test rápido utilizado	
Resultado del test	Positivo Negativo
Otras observaciones acerca del test	

Instrucciones

- Abra el formulario con *Adobe Reader*.
- Rellene el formulario, no olvide su identificación (CIAS) y la del paciente.
- Cuando termine de rellenarlo:
 - Archivo/Guardar como
 - El nombre del archivo ponga el número de registro del paciente.
 - Envíe el fichero guardado por correo electrónico a pvig@jcy.l.es