**Formulario de Autodefensa del COVID-19 para los Residentes**

El propósito de este formulario es proporcionar una información crítica a los trabajadores de atención médica y hospitalarios de los residentes en viviendas con apoyo que necesitan atención durante la pandemia de COVID-19. Se recomienda proporcionar al residente varias copias para llevar al hospital para que el personal allí conozca la información crítica sobre el estado de salud y vivienda del individuo.

**Fecha**:

*Información del Paciente*

*Pruebas de COVID-19*

|  |  |
| --- | --- |
| **Apellido**: | **Fecha de Nacimiento**: |
| **Nombre**: |  |
| **Dirección**: | **Idioma Preferido:** |
| **Teléfono:** |  |
| **Contacto del administrador del caso del paciente: Nombre**: | **Contacto de atención primaria: Proveedor** |
| **Correo Electrónico**: | **Nombre:** |
| **Teléfono**: | **Teléfono:** |
| **Contacto del familiar más cercano**: **Nombre**:  **Email: Teléfono**: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Se ha realizado una prueba al paciente del  coronavirus? | Sí |  | No |  | Desconocido | |  |  |
| ¿Si sí, donde?  ¿Fecha de la prueba? | | | | | | | |
| Resultados de la prueba | Coronavirus confirmado  Desconocido / no concluyente | | | | |  |  | |
|  |
| ¿Ha estado el paciente en contacto con individuos infectados por COVID? | Confirmado  Desconocido | | | | | | | |

*Información sobre Antecedentes de Salud que Contribuyen a la Vulnerabilidad a las Complicaciones de COVID-19*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Condición de crónica física  diagnosticada | **Explique**: |
|  | Condición de salud mental diagnosticada | **Explique**: |
|  | Trastorno por uso de sustancias | **Explique**: |

*Síntomas de COVID-19*

*Aislamiento / Cuarentena*

*Otras notas (medicamentos, etc.)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Tiene el paciente un lugar para la autocuarentena de forma segura? | Sí  No |  |  |
|  |
| Si el paciente ha estado en cuarentena  ya, cual es la fecha de inicio? | Seleccione la fecha: | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha de los primeros síntomas: | Marque Si en caso afirmativo | | |
| Fiebre. En caso afirmativo, ¿última temperatura ?: |  | | |
| Tos seca |  |  |  |
| Falta de aliento |  |  |  |
| Cansancio |  | | |
|  |  |  |