

**Dra. Virginia CHAQUIRIAND**  
**Ginecología. Fertilidad**  
**Especialista en Medicina Reproductiva**



Nombre y Apellido de la Paciente:

C.I.:

Institución de Asistencia:

Email:

Indique su temperatura actual:

Fecha \_\_\_\_\_

**TRIAGE ESTRUCTURADO PREOPERATORIO<sup>1</sup>**

	Ha presentado en los últimos 7 días:	SI	NO
<b>Cuadro febril o de impregnación viral</b>	a-1. Fiebre, escalofríos o chuchos de frío?		
	b-1. Temperatura >37,3 °C por más de 2 días?		
	c-1. Artromialgias o cefalea asociada a malestar general o decaimiento?		
<b>Síntomas respiratorios persistentes (duración mínima mayor a 6 horas) sin otra causa que lo explique</b>	d-1. Tos?		
	e-1. Dificultad para respirar?		
	f-1. Rinitis, odinofagia o secreción nasal, anosmia/ ageusia (pérdida de gusto o del olfato)?		
	g-1. Conjuntivitis?		
	h-1 Nauseas, vomitos, diarrea, dolor abdominal?		
	ardor de garganta		
	rinorrea		
	otro:		
	<b>En los últimos 14 días Ud:</b>		
<b>Elementos de noción epidemiológica de contacto estrecho con COVID-19*</b>	a-2 Ha regresado de viaje del extranjero?		
	b-2 Ha tenido contacto con algún extranjero o viajero de área de circulación de COVID-19?		
	c-2 Ha tenido contacto con paciente sospechoso, confirmado o en estudio por coronavirus?		

<sup>1</sup>de acuerdo a Protocolo de Actuación MSP 5/5/20 y Guías ESHRE 2020

	Ha presentado en los últimos 7 días:	SI	NO
	ha estado en contacto con alguien que posea algunos de los síntomas anteriores?		
	d- se ha sentido enfermo en las últimas dos semanas?		
	e- trabaja en hospital, centro de cuidado de enfermos tiene contacto con pacientes?		
	f - si usted ha sido COVID-19 positivo y esta curado, tiene certificación médica de ello?		
	g- tiene usted enfermedades médicas severas del tipo: diabetes, enfermedades respiratorias, nefropatías, enfermedades cardíacas, hipertensión arterial, inmunosupresión u otras?		

\*contacto estrecho se considera a la pareja, a los convivientes, a un compañero de trabajo de de tareas en área cerrada compartiendo mas de 2 horas por día sin respetar las medidas de distanciamiento o contacto menor a 2 hrs compartiendo la manipulación de material, instrumentos o dispositivos sin higienizar o no higienizables (hojas, documentos, etc).

---

Firma del/de la paciente

---

Aclaración