



FOLIO: Nº 1301

FECHA: _____

**REGISTRO DE ATENCIÓN PACIENTES DIAGNOSTICADOS
Y SOSPECHOSOS DE COVID 19**

NOMBRE DEL PACIENTE:	
SEXO:	
EDAD:	
DOMICILIO:	
SIGNOS VITALES:	
SPO2:	
FR:	
FC:	

COMIENZO Y ACTUALES SÍNTOMAS DEL PACIENTE:**INSTITUCIÓN MÉDICA A LA QUE SE TRASLADA:****DOMICILIO PARTICULAR DONDE SE TRASLADA:****HORA DE SALIDA****HORA DE LLEGADA****FIRMA PARAMÉDICO****FIRMA TESTIGO****SELLO DE LA INSTITUCIÓN**