

**MUNICIPIO DE GUAYAQUIL**  
DIRECCIÓN DE SALUD E HIGIENE  
DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA  
**FICHA EPIDEMIOLÓGICA COVID-19**

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE PASAJEROS**

**Nombres y Apellidos:**

**Edad:**

**Sexo:**

**Estado Civil:**

**Número de vuelo:**

**Domicilio:**

**Número telefónico:**

**Parroquia:**

**Cantón:**

**Provincia:**

**Número de ID o Pasaporte:**

**Correo Electrónico:**

**2. INFORMACIÓN CLÍNICA**

**Fecha de inicio de síntomas:**

**Marque todos los que aplica**

|                         |  |                         |  |
|-------------------------|--|-------------------------|--|
| Dolor Muscular          |  | Dolor de Pecho          |  |
| Dolor Abdominal         |  | Malestar general        |  |
| Tos                     |  | Diarrea                 |  |
| Dolor de garganta       |  | Náuseas/vómitos         |  |
| Congestión Nasal        |  | Cefalea                 |  |
| Dificultad respiratoria |  | Irritabilidad/confusión |  |
| Fiebre/escalofrío       |  | Otros, especificar:     |  |

\_\_\_\_\_  
**Firma de responsabilidad**

**Si usted tiene más de dos síntomas  
siga a la siguiente página:**

**Fecha:**\_\_\_\_\_

### 3. INFORMACIÓN DE VIAJE Y EXPOSICIÓN EN LOS 14 DÍAS ANTERIORES A LA FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS (ANTES DE INFORMAR SI ES ASINTOMÁTICO)

Especifique lugares de viajes recientes:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

¿Has visitado algún establecimiento de salud en los 14 días antes del inicio de síntomas?

Si\_\_ No\_\_ Desconocido\_\_ Si la respuesta es SI, nombre del establecimiento \_\_\_\_\_

¿Ha tenido contacto cercano con una persona con infección respiratoria aguda en los 14 días previos al inicio de síntomas? Si la respuesta es Si, marque según corresponda:

Entorno de salud\_\_\_\_ Entorno familiar\_\_\_\_ Lugar de trabajo\_\_\_\_  
Desconocido\_\_ Otros, especifique\_\_\_\_\_

¿Ha tenido contacto con un caso confirmado o probable en los 14 días antes del inicio de síntomas?

Si\_\_ No\_\_ Desconocido\_\_

Si la respuesta es SI, liste los datos de los casos confirmados o probables:

- Caso 1. \_\_\_\_\_
- Caso 2. \_\_\_\_\_
- Caso 3. \_\_\_\_\_

Si la respuesta es SI, marque el entorno, según corresponda:

Entorno de salud\_\_\_\_ Entorno familiar\_\_\_\_ Lugar de trabajo\_\_\_\_  
Desconocido\_\_ Otros, especifique\_\_\_\_\_

Si la respuesta es SI, registre el país/departamento/localidad de exposición:

\_\_\_\_\_

### 4. INFORMACIÓN DE CONTACTOS

| Nombre | Edad | Sexo | Relación de parentesco | Dirección domiciliaria |
|--------|------|------|------------------------|------------------------|
|        |      |      |                        |                        |
|        |      |      |                        |                        |
|        |      |      |                        |                        |
|        |      |      |                        |                        |
|        |      |      |                        |                        |
|        |      |      |                        |                        |

Firma de responsabilidad \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



**Dirección de Salud**