

Ministerio de Salud
Dirección General de Salud
Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS)
Hoja de Vigilancia Diaria

Nombre: _____, Edad: _____, Sexo: _____, Cédula/Pasaporte: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Fecha de Ingreso al país: _____ En caso de menor de edad, anotar el nombre del responsable _____
 Fecha de Inicio de Síntomas: _____ Factor de Riesgo Identificado _____

SI PRESENTA FIEBRE O SÍNTOMAS RESPIRATORIOS
 REFERIR A ATENCIÓN CLÍNICA COMPLETA, SEGÚN LAS NORMAS, INMEDIATAMENTE..

Día a partir del ingreso al país/Anotar fecha	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	Día 9	Día 10	Día 11	Día 12	Día 13	Día 14
Síntomas														
Fiebre														
Tos														
Dolor de cabeza (cefalea)														
Mialgia														
Dolor Torácico														
Inflamación de garganta														
Dificultad respiratoria														
Malestar														
Anorexia														
Rash														
Vómito														
Diarrea														
Otros síntomas (favor listar)														
Signos														
Temperatura														

Observaciones (según fecha):