Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Departamento de Epidemiología

Formulario para identificación de contactos

Área de Salud _____

Nombre del Caso positivo COVID-19 _____

Nombre y cargo del responsable del seguimiento: _____

No.	PRIMER N0MBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD	SEXO (F/M)	TELEFONOS	TIPO DE CONTACTO (F: familiar, V: vuelo, S: personal salud, E: sala espera, C: comunitario)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								