Fecha de Investigación 12/abr/2022
Nombre del entrevistador: Yudi Inés Bonilla Ruiz …….....
Municipio ……Cali …… Departamento Valle del Cauca ……..
Teléfono ……3163467737……..

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombres y apellidos: ALBA CLARA FUENTES DE ORTIZ
Tipo de documento: CC
Nro. documento identidad: 29735480
Fecha nacimiento: 31/12/1933
Edad: 89
Sexo: F
Nacionalidad: Colombiana
EAPB: EMSSANAR
Domicilio: Cali Valle del Cauca
Residencia: Cali Valle del Cauca
Municipio: Cali
Dirección: Carrera 27 # 91 142
Barrio : Alfonso Bonilla Aragón
Zona de residencia: Urbana: X Rural.
Tel. de contacto 1: 3184021055
Tel. de contacto 2: 4003552
Ocupación: Pensionada N/A

ANTECEDENTES DE RIESGO Y EXPOSICIÓN

Fecha de inicio de síntomas: 23/03/2022

Desplazamientos en los últimos 14 días: Si____No_X__

País 1:…..……Ciudad……..……Periodo de estadía: del ..../……/…… al……/……/….
País 2:…..……Ciudad……..……Periodo de estadía: del ..../……/…… al……/……/….
País 3:…..……Ciudad……..……Periodo de estadía: del ..../……/…… al……/……/….
País 4:…..……Ciudad……..……Periodo de estadía: del ..../……/…… al……/……/….
País 5:…..……Ciudad……..……Periodo de estadía: del ..../……/…… al……/……/….
País 6:…..……Ciudad……..……Periodo de estadía: del ..../……/…… al……/……/….

Av. Calle 26 No. 51- 20, Bogotá, D.C., Colombia
Conmutador: (1) 220 7700 Ext. 1703-1704
fax: 220 7700 Ext. 1283-1269
correo electrónico: contactenos@ins.gov.co
Página web: www.ins.gov.co
Línea gratuita nacional: 018000 113 400

¿Tuvo contacto cercano con un caso confirmado o probable de infección por COVID-19?:

Si…. No…X ….

Lugar: N/A

Fecha del contacto: N/A

Nombre del caso confirmado con el que tuvo el contacto:

Observaciones: N/A

ANTECEDENTES CLÍNICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha 1° consulta …23/03/2022 Institución de salud: ……CENTRO MEDICO PARTICULAR

FECHA 2° CONSULTA …24/03/2022 INSTITUCIÓN DE SALUD: ……HOSPITAL ISAÍAS DUARTE CANCINO

Fecha 3° consulta …../…../….. Institución de salud: ……

Fecha 4° consulta …../…../….. Institución de salud: ……

Fecha 5° consulta …../…../….. Institución de salud: ……

Signos y síntomas al ingreso y días previos:

¿está consumiendo medicamentos antinflamatorios o acetaminofén? Si_____No_X_

Fiebre cuantificada		Dolor torácico	
Tos	X	Mialgia	
Dificultad respiratoria	X	Diarrea	
Taquipnea		Dolor abdominal	X
Dolor de garganta		Dolor de cabeza	
Escalofríos		Malestar general	
Nauseas		Otro	
Vomito		¿Cual?	

COMORBILIDADES/ FACTORES DE RIESGO

Asma		Diabetes	X
Enfermedad pulmonar crónica	X	Obesidad	X
Trastorno neurológico crónico		Enfermedad hepática crónica	
Inmunosupresión		Embarazo, Semanas de gestación ____	
Enfermedad renal crónica		Tabaquismo	
Enfermedad cardiaca		Alcoholismo	
Enfermedad hematológica crónica		Trastorno reumatológico	
VIH		HTA	X

Av. Calle 26 No. 51- 20, Bogotá, D.C., Colombia
Conmutador: (1) 220 7700 Ext. 1703-1704
fax: 220 7700 Ext. 1283-1269
correo electrónico: contactenos@ins.gov.co
Página web: www.ins.gov.co
Línea gratuita nacional: 018000 113 400

DATOS DE VACUNACION

¿Tiene antecedente de vacunación para COVID-19? SI……. NO…X….

Nota: Su hija Doris Ortiz Fuentes menciona que la Sra. Alba Clara Fuentes De Ortiz no estaba de acuerdo con la administración del Biológico

Numero de dosis aplicadas: N/A

Fecha de primera dosis: N/A

Fecha de segunda dosis: N/A

Nombre vacuna aplicada: N/A

DATOS DE LABORATORIO

Laboratorio para diagnóstico etiológico Sin Información

Fecha de toma de primera muestra: Sin Información

Tipo de muestra: PCR

Aspirado traqueal…….. Lavado Broncoalveolar……..

Hisopado nasofaríngeo …… Aspirado nasofaríngeo……

Otro …….. Cual ……..

Resultado:

Film Array……

ANTIGENO……

Entrevista con el paciente, familiares e informantes clave, complementar con datos de la historia clínica, describir a detalle todo el curso de la enfermedad, los desplazamientos realizados y posible fuente de infección
El día 12/abr/2022 se realiza llamada telefónica al caso mencionado, atiende la llamada la hija de la Sra. **Doris Ortiz Fuentes** quien menciona que su madre tiene antecedentes importantes como: Hipertensión, Diabetes, Obesidad, Epoc y cocino con leña toda la vida. Relata que su madre, el día 23/mar/ 2022 presenta desaliento, dolor abdominal, dificultad para respirar, tos y gripa; su hija decide llevar a su madre a consulta con un medico particular ubicado en el barrio Alfonso Bonilla Aragón en esta institución la medican, pero su hija no observa mejoría.

Av. Calle 26 No. 51- 20, Bogotá, D.C., Colombia
Conmutador: (1) 220 7700 Ext. 1703-1704
fax: 220 7700 Ext. 1283-1269
correo electrónico: contactenos@ins.gov.co
Página web: www.ins.gov.co
Línea gratuita nacional: 018000 113 400

El día 24/mar/ 2022 en horas de la mañana presenta dificultad respiratoria y decaimiento por esta razón deciden consultar a la Institución de Salud más cercana (Hospital Isaías Duarte Cancino) al servicio de urgencias, en la institución mencionada le realizan una serie de exámenes.

Usuaria permanece en observación por espacio de 1 semana, pero no se evidencio mejoría

El día 31/mar/ 2022 usuaria fallece

Av. Calle 26 No. 51- 20, Bogotá, D.C., Colombia
Conmutador: (1) 220 7700 Ext. 1703-1704
fax: 220 7700 Ext. 1283-1269
correo electrónico: contactenos@ins.gov.co
Página web: **www.ins.gov.co**
Línea gratuita nacional: 018000 113 400

CONTACTOS ESTRECHOS:

Nombre	Documento	Parentesco	EAPB	Edad	Fecha inicio de síntomas	Fecha recolección de muestra

Av. Calle 26 No. 51- 20, Bogotá, D.C., Colombia
Conmutador: (1) 220 7700 Ext. 1703-1704
fax: 220 7700 Ext. 1283-1269
correo electrónico: contactenos@ins.gov.co
Página web: **www.ins.gov.co**
Línea gratuita nacional: 018000 113 400

Av. Calle 26 No. 51- 20, Bogotá, D.C., Colombia
Conmutador: (1) 220 7700 Ext. 1703-1704
fax: 220 7700 Ext. 1283-1269
correo electrónico: contactenos@ins.gov.co
Página web: **www.ins.gov.co**
Línea gratuita nacional: 018000 113 400