



**Evaluación de la idoneidad para el
Aislamiento Domiciliario de casos
Probables o Confirmados de COVID -
2019**



Fecha:

Nombre del Paciente:

Documento de Identificación:

Caso

Probable

Confirmado

El siguiente formato es para definir aislamiento domiciliario en aquellos pacientes, cuya sintomatología clínica es suficientemente estable como para recibir atención en el hogar.

Criterios de Evaluación para el Paciente

Criterio	SI	NO	Observaciones
¿Usted cuenta con personas que puedan hacerse cargo de su cuidado y atención en el hogar?			
¿Cuenta usted con una habitación separada donde pueda recuperarse sin compartir espacio inmediato con otros, debidamente ventilada y con puerta?			
¿Cuenta usted con recursos disponibles para acceder a alimentos y otras necesidades que hacen parte su atención?			
¿Cuenta usted y su familia con los recursos para el acceso a los elementos de protección personal (como mínimo, guantes, mascarilla, agua y jabón)?			
¿Tiene en su hogar personas que convivan con usted y tengan las siguientes características? Personas mayores 65 años Niños Menores de 5 años. Mujeres embarazadas. Personas inmunocomprometidas. Afecciones crónicas del corazón, - hipertensos, diabéticos, problemas en los pulmones o los riñones.			
¿El personal de Salud le dio las recomendaciones y aclaro sus dudas para el Aislamiento en su hogar?			

Firma del Paciente:

Nombre del Medico: