



**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:**