



## Registro: prueba PCR Coronavirus COVID-19

### Información del paciente

Nombre (s)

---

Apellido Paterno

---

Apellido Materno

---

Fecha de nacimiento  
dd/mm/aaaa

/ / 

---

Hombre

Mujer

Nacionalidad

---

Dirección (toma de muestra)

---

Ciudad

---

Correo electrónico

---

Teléfono

Teléfono alternativo

---

*Si la dirección de toma de muestra es distinta, indicar ciudad y estado de residencia*

---

### Datos epidemiológicos

¿Tiene síntomas?

Sí

No

Fecha de inicio de síntomas

/ /

Indicar los que apliquen:

Fiebre

Tos

Dolor de cabeza

Malestar general

dd/mm/aaaa

/ /

Dolor de garganta

Pérdida del olfato y/o gusto

Otros síntomas:

Otro motivo por el que solita prueba

(cirugía, viaje, contacto con caso positivo, etc.)

---

---

Factores de riesgo

Ninguno

Diabetes

Hipertensión

VIH

Asma

Otros:

---

### Médico que refiere (si cuenta con orden médica)

Nombre completo

---

Email

---

Para guardar los datos del formulario, seleccione "Imprimir" o aprete las teclas "Ctrl" y "P", y seleccione como impresora la opción **Guardar como PDF**.

Guarde como un archivo nuevo y envíelo como archivo y orden médica (opcional) a [contacto@biomedicosdemerida.com](mailto:contacto@biomedicosdemerida.com).

Se recomienda incluir nombre de paciente en el título para su identificación