

Huancavelica, 24 de Mayo del 2021

OFICIO MULT. N° 123 - 2021 - GOB.REG.HVCA/GRDS-DREH-UGELHVCA**SEÑORES:**-----
Director de las II.EE**PRESENTE. -****ASUNTO : CONVOCA A EJECUCIÓN DE TAMIZAJE DE PRUEBA COVID- 19****Ref. : OFICIO N° 206-2021/GOB.REG.HVCA/GRDS-DIRESA-RSHVCA**

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente, a nombre de la Unidad de Gestión Educativa Local de Huancavelica y el mío propio, asimismo comunico que la Red de Salud de Huancavelica, realizará el Tamizaje de prueba COVID-19 al personal de las instituciones educativas Nivel Inicial, Primaria y Secundaria Educación Básica Especial, Educación Básica Alternativa y CETPRO, motivo por el cual se dispone convocar al personal docente, auxiliar y administrativo de la institución que preside, para que se apersonen a los lugares indicados los días 27 y 28 de mayo del presente año, para el tamizaje respectivo en horario: mañanas (9:00 a 1:00pm)y tardes de (2:00pm a 5:00pm), en los siguientes locales.

FECHA	II.EE
27 y 28/05/2021	N°36011 San Cristóbal N° 36003 San Ana "Micaela Bastidas Puyucahua- Yananaco" "La Victoria de Ayacucho- Ascensión"

Nota: se adjunta la ficha de reporte de resultados de prueba rápida COVID-19, para su relleno y presentación al personal de salud al momento del Tamizaje.

Es propicia la ocasión para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



Mg. León Huamán Ramos
DIRECTOR DEL PROGRAMA SECTORIAL I
UGEL HUANCAVELICA

Nuevo Reg. Documento: 01856404

Nuevo Reg. Expediente: 01402058

LHR/DUGELH

atc/sec



**FICHA DE REPORTE DE RESULTADOS DE PRUEBA
RÁPIDA COVID – 19ª**

N° de Registro

DATOS DEL PACIENTE:

Tipo de documento () DNI () Carnet de Extranjería () Pasaporte

Número de documento		Celular	
---------------------	--	---------	--

Edad		Sexo	
Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	

Dirección

Departamento	Provincia	Distrito
--------------	-----------	----------

Nombre del EESS: _____

RENIPRESS: _____

¿Es personal de Salud? () SI () NO Cual: _____

¿Tiene Síntomas? () SI () NO Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___

Marque los síntomas que presenta.

Tos		Fiebre/escalofrío		Cefalea	
Dolor de garganta		Malestar general		Irritabilidad/confusión	
Congestión nasal		Diarrea		Dolor	
Dificultad respiratoria		Náuseas/vómitos		Otros: _____	

DATOS DE LA PRUEBA RAPIDA:

Fecha de ejecución de la prueba rápida: ___/___/___

Procedencia de la solicitud de diagnóstico:

Llamada al 113		Contacto con caso confirmado		Persona extranjero (migraciones)	
De EESS		Contacto con caso sospechoso		Personal de salud	
Otro priorizado					

Resultado de la PRIMERA PR

- () Reactivo IgM
- () Reactivo IgG
- () Reactivo IgM/IgG
- () No Reactivo
- () Inválido

Resultado de la SEGUNDA PR, en caso de tener como resultado de la primera

- () Reactivo LgM
- () Reactivo IgG
- () Reactivo IgM/IgG
- () No Reactivo

Clasificación clínica de Severidad: () Leve () Moderado () Severo

¿El paciente presenta alguna condición de riesgo? () SI () NO ¿Cuál?: _____

DATOS DEL PERSONAL QUE REALIZA LA PRUEBA RAPIDA:

Nombres y Apellido: _____

Número de DNI : _____

Este formato de registro individual impreso se debe registrar en el formulario web "FORMULARIO INTEGRADO F100 F200 F300" que se encuentra en la página <https://web.ins.gop.pe/pr>

RESULTADO DE LABORATORIO :

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

Fecha de toma de muestra: ___/___/___

Tipo de muestra: _____ Tipo de prueba: _____

Fecha de resultado de laboratorio: ___/___/___

- () Reactivo IgM
- () Reactivo IgG
- () Reactivo IgM/IgG
- () No Reactivo
- () Inválido