



NOMBRE:		APELLIDOS:		TEL:	
PESO:	ESTATURA:	SEXO:	EDAD:	FECHA DE NACIMIENTO:	
VACUNADO CONTRA COVID-19: SI ___ NO ___ FECHA QUE RECIBIO LA 2DA DOSIS _____ NOMBRE DE LA VACUNA _____					
INDIQUE LA FECHA CUANDO RECIBIO EL TRATAMIENTO DE ANTICUERPO MONOCLONAL:					

FECHA DE COMIENZO DE SINTOMAS _____	FECHA DE PRUEBA POSITIVA _____
<i>Indique los síntomas:</i>	
<input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Cansancio <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Falta de olor <input type="checkbox"/> Falta de gusto <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Otros: _____	
<i>Indique las condiciones crónicas:</i>	
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Renal Crónica <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Desorden de Neurodesarrollo <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiovascular	

Criterios de inclusión para posibles candidatos al tratamiento anticuerpos monoclonales REGENCOV

Debe cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

- Prueba positiva de PCR o de antígeno
- Tener 12 años o más
- Paciente está dentro de los diez (10) días desde el comienzo de síntomas
- Paciente sintomático, pero que aún no haya progresado a requerir hospitalización o terapia de oxígeno

Si el paciente está entre las edades de **12 a 17 años**, debe tener **al menos uno** de los siguientes criterios **y/o**:

- Peso mayor o igual de 40 kg. (88 lb.)
- Índice de masa corporal mayor o igual al 85 por ciento basado en la tabla de crecimiento del CDC:
https://www.cdc.gov/growthcharts/clinical_charts.htm



Tener Enfermedad de células falciformes (“Sickle Cell anemia”)

Enfermedad del corazón congénita o adquirida

Desorden del neurodesarrollo (por ejemplo: perlesía cerebral) o otras condiciones que implican complejidad médica (por ejemplo, síndromes genéticos o metabólicos y anomalías congénitas severas.

Dependencia tecnológica relacionada médicamente (por ejemplo, traqueostomía, gastrostomía, o ventilación de presión positiva (no relacionado a COVID-19)

Pacientes deben tener síntomas de leves a moderados y que estén en alto riesgo de progresar en la enfermedad de COVID-19 y/o ser hospitalizados y cumplen con **al menos uno** de los siguientes criterios:

Tener 65 años o más

Tener obesidad o estar sobrepeso (por ejemplo, BMI > 25 kg/m2)

Embarazo

Tener diabetes

Tener enfermedad renal crónica

Enfermedad cardiovascular (incluyendo enfermedad congénita del corazón) o hipertensión

Tener enfermedad inmunosupresora o recibiendo tratamiento inmunosupresor

Enfermedad crónica del pulmón (por ejemplo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma [moderada a severa], enfermedad pulmonar intersticial, fibrosis cística e hipertensión pulmonar)

Otras condiciones o factores (ej: raza o etnicidad) pueden también colocar a los pacientes en alto riesgo de progresar severamente el COVID-19 y por eso la autorización del Regen-Cov bajo autorización de uso de emergencia no se limita a condiciones médicas o factores mencionados en el listado anterior. Para información adicional o condiciones médicas y factores asociados con el aumento de riesgo de progresar en severidad en COVID-19, ver la página en internet del CDC: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extraprecautions/people-with-mwdical-conditions.html>. Los proveedores de cuidados de salud deben considerar el riesgo o beneficio en los pacientes de manera individual. *

Fecha cuando se realizó la evaluación: _____ Evaluación realizada por: _____