



Institución: _____

NOMBRE DE INSTITUCION Y NUM. DE TELEFONO: _____

NOMBRE DE CONTACTO Y NUM. DE TELEFONO: _____

NOMBRE: _____

APELLIDOS: _____

TEL: _____

PESO: _____

ESTATURA: _____

SEXO: _____

EDAD: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

VACUNADO CONTRA COVID-19: SI ____ NO ____

CUANTAS DOSIS HA RECIBIDO EL PACIENTE: 1 Dosis _____ 2 Dosis _____ 3 Dosis _____

FECHA QUE RECIBIO LA ULTIMA DOSIS: _____

NOMBRE DE LA VACUNA _____

MEZCLA DE DOSIS: (Ej: 2Dosis de Pfizer y Refuerzo de Moderna) _____

¿Ha recibido algún otro tratamiento de COVID-19?: _____

DIRECCION DE INSTITUCION: _____

FECHA DE COMIENZO DE SINTOMAS _____

FECHA DE PRUEBA POSITIVA _____

Indique los síntomas:

- ☐ Fiebre
- ☐ Tos
- ☐ Cansancio
- ☐ Diarrea
- ☐ Dolor de cabeza
- ☐ Falta de olor
- ☐ Falta de gusto
- ☐ Dificultad respiratoria
- ☐ Otros: _____

Indique las condiciones crónicas:

- ☐ Diabetes
- ☐ Asma
- ☐ Renal Crónica
- ☐ COPD
- ☐ Hipertensión
- ☐ Desorden de Neurodesarrollo: (Indicar cual) _____
- ☐ Enfermedad Cardiovascular: (Indicar cual) _____
- ☐ Enfermedad crónica del pulmón: _____

**Criterios de inclusión para posibles candidatos al tratamiento anticuerpos monoclonales
SOTROVIMAB****Debe cumplir con los siguientes criterios de inclusión:**☐ Prueba positiva de PCR o de antígeno

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

☐ 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:

☐ 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

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 diabetes☐ Embarazo☐ Dependencia tecnológica relacionada médicamente (por ejemplo, traqueostomía, gastrostomía, o ventilación de presión positiva (no relacionado a COVID-19))☐ Enfermedad del corazón congénita o adquirida☐ Tener obesidad o estar sobrepeso (por ejemplo, BMI > 25 kg/m²)☐ Desorden del neurodesarrollo (por ejemplo: perlesía cerebral) o otras condiciones que implican complejidad médica (por ejemplo, síndromes genéticos o metabólicos y anomalías congénitas severas).☐ Tener Enfermedad de células falciformes ("Sickle Cell anemia")☐ 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 quística 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. *