

# Herramienta de Detección del Síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) para los centros de servicios de salud de Ontario

Todas las personas que entren a este recinto deben llenar la herramienta de detección.

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>SECCIÓN A:</b>  |   | Se requiere cuarentena. Notifique a las autoridades de Salud Pública |
| 1. ¿He tenido contacto con una persona con SRAS sin tener puesta la indumentaria de protección contra el SRAS en los últimos 10 días? <b>O</b>   | <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> → |  |
| 2. ¿Ha estado en un centro de salud mientras el mismo estaba cerrado debido al SRAS en los últimos 10 días? <b>O</b>   |   |  |
| 3. ¿Ha estado en un lugar potencialmente expuesto al SRAS (ver <a href="http://www.health.gov.on.ca">www.health.gov.on.ca</a> ) durante el período en el que el mismo pudo haber estado expuesto al SRAS? <b>O</b> |   |  |
| 4. ¿Está en cuarentena o las autoridades de Salud Pública le han solicitado que se ponga en aislamiento en su casa?  |   |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>SECCIÓN B:</b>   |  |
| ¿Ha estado en _____ (ver <a href="http://www.health.gov.on.ca">www.health.gov.on.ca</a> ) en los últimos 10 días? |  |
| <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>Sí</b>   |  |

|  |   |
|--|---|
| <b>SECCIÓN C:</b> ¿Está experimentando <u>alguno</u> de los síntomas siguientes?   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mialgia (dolores musculares) sin causa aparente <b>O</b></li> <li>• Malestar (fatiga o indisposición) sin causa aparente <b>O</b></li> <li>• Fuerte dolor de cabeza (peor que de costumbre) <b>O</b></li> <li>• Tos (presente durante los últimos 7 días) <b>O</b></li> <li>• Falta de aliento (más de lo normal en su caso) <b>O</b></li> <li>• Fiebre, tembloroso(a) o escalofríos en las últimas 24 horas</li> </ul> | <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> |

|  |   |
|--|---|
| <b>SECCIÓN D:</b> Registre la temperatura si respondió sí en la sección C. |   |
| Temperatura  | <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> |
| °C   | (¿La temperatura es mayor que 38°C?)                                  |

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | - Respondió <b>NO</b> en todas las secciones (A, B y C)   |
| <b>APROBADO</b>          | - Si respondió <b>SÍ</b> sólo en la sección B → provea material educativo sobre el SRAS   |
| -----                    |   |
| <input type="checkbox"/> | - Si respondió <b>SÍ</b> sólo en la sección A → Se requiere cuarentena y notificación a las autoridades de Salud Pública  |
| <b>REPROBADO</b>         | - Si respondió <b>SÍ</b> en las secciones <b>A</b> o <b>B</b> y <b>C</b> o <b>D</b> → Departamento de emergencia o clínica de SRAS (llame antes)  |
|                          | - Si respondió <b>NO</b> en las secciones <b>A</b> y <b>B</b> y respondió <b>SÍ</b> en las secciones <b>C</b> y <b>D</b> → Evaluación clínica (tomar medidas contra la transmisión por gotas)   |
|                          | - Si respondió <b>SÍ</b> sólo en la sección C → Se requiere aislamiento en casa por hasta 72 horas y control de temperatura dos veces al día. Se requiere seguimiento con el médico de familia, autoridades de medicina ocupacional o TeleHealth Ontario (1 866 797 0000) <b>O</b> evaluación y criterio clínico. |

|   |               |               |
|---|---------------|---------------|
| <b>Declaro que, a mi leal saber y entender, la información que he suministrado al completar la Herramienta de Detección del SRAS es cierta.</b> |               |               |
| <b>Entrevistado:</b>  | <b>Firma:</b> | <b>Fecha:</b> |