



“Lineamiento interinstitucional para el reporte de aviso de accidente de trabajo por exposición laboral al SARS-CoV2, para servidores y trabajadores en el sistema nacional de salud”

Ver. 1.0

Abril de 2020



REGISTRO DE REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL DOCUMENTO

Acción	Nombre, Institución, Cargo	Firma y Fecha
Elaborado por:	Mgs. Yessenia Galván C. Especialista de Salud Ocupacional Ministerio de Salud Pública (MSP)	 07 de abril de 2020
	Mgs. Maria Victoria Játiva A. Médico de Seguridad y Salud en el Trabajo Ministerio del Trabajo (MDT)	 01/Abril/2020
	Dra. Miriam Machado Médico Especialista Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (SGRT)	 07 de abril de 2020
Revisado por:	Mgs. Ricarte Carreño Director Nacional de Ambiente y Salud Ministerio de Salud Pública (MSP)	 07 de abril de 2020
	Mgs. Cecilia Peña Directora de Seguridad, Salud en el Trabajo, y Gestión Integral de Riesgos Ministerio del Trabajo (MDT)	 01/04/2020
	Abg. Patricio Camino Director del Seguro General de Riesgos del Trabajo Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (SGRT)	 07 de abril de 2020
Aprobado por:	Dr. Vinicio Román Subsecretario Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad Ministerio de Salud Pública (MSP)	 07 de abril de 2020



CONTROL E HISTORIAL DE CAMBIOS

Versión	Descripción del cambio	Fecha de Actualización
0.1	<i>Emisión inicial</i>	30/03/2020
0.2	<i>Emisión por aportes y recomendaciones del Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Trabajo</i>	31/03/2020
0.3	<i>Emisión por aportes y recomendaciones del Seguro General de Riesgos del Trabajo</i>	01/04/2020
0.4	<i>Revisión por mesa técnica 2</i>	07/04/2020
1.0	<i>Emisión final</i>	09/04/2020

Contenido

OBJETIVO	4
ALCANCE.....	4
MARCO LEGAL.....	4
DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS	5
COMPROMISOS INSTITUCIONALES	5
ACTUALIZACIÓN CONTINUA DEL LINEAMIENTO	6
LINEAMIENTOS GENERALES	6
BIBLIOGRAFIA	8
ANEXOS	9

OBJETIVO

Emitir lineamientos para generar el reporte como accidente de trabajo para los servidores y trabajadores con infección de COVID-19 de establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.

ALCANCE

Los lineamientos son de aplicación obligatoria para los servidores y trabajadores de establecimientos de salud que forman parte del Sistema Nacional de Salud.

El personal de salud de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional se acogerá a su marco normativo vigente en materia de Seguridad Social.

MARCO LEGAL

- Constitución de la República del Ecuador
- Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo, aprobado a través de la Decisión del Acuerdo de Cartagena 584.
- Reglamento Sanitario Internacional
- Ley Orgánica de Salud.
- Ley Orgánica de Servicio Público
- Ley Orgánica de Seguridad Social.
- Código de Trabajo
- Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo, expedido mediante Decreto Ejecutivo Nro. 2393.
- Reglamento General a la Ley Orgánica del Servicio Público
- Reglamento para el funcionamiento de los Servicios Médicos de las empresas, expedido por el Acuerdo Ministerial Nro. MDT-1978-1404.
- Declaratoria de Estado de Emergencia Sanitaria, emitido mediante Acuerdo Ministerial Nro. MSP-2020-00126.
- Resolución C.D. 513 Reglamento del Seguro General De Riesgos del Trabajo.
- Acuerdo Ministerial MDT-2020-OO1 Reforma al AM MDT-2017-0135 “Instructivo para el cumplimiento de las obligaciones de los empleadores”.
- Manual del Comité de Operaciones de Emergencias – COE.
- Norma Técnica de Administración por Procesos y Prestación de Servicios de la Secretaría Nacional de la Administración Pública.
- Estatuto Orgánico de Gestión Organización por Procesos de la Secretaría de Gestión de Riesgos

DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

Accidente de Trabajo. – “Es todo suceso imprevisto y repentino que sobrevenga por causa, consecuencia o con ocasión del trabajo originado por la actividad laboral relacionada con el puesto de trabajo, que ocasione en el afiliado lesión corporal o perturbación funcional, una incapacidad, o la muerte inmediata o posterior”.

Enfermedades Profesionales u Ocupacionales. – “Son afecciones crónicas, causadas de una manera directa por el ejercicio de la profesión u ocupación que realiza el trabajador y como resultado de la exposición a factores de riesgo, que producen o no incapacidad laboral.”

Factores de riesgo. – “Son aquellos que entrañan el riesgo de enfermedad profesional u ocupacional, y que ocasionan efectos a los asegurados, siendo los siguientes: químico, físico, biológico, ergonómico y psicosocial.”

Procedimientos que generan aerosoles. – “Se trata de procedimientos médicos y se asocian sistemáticamente con mayor riesgo de transmisión de agentes patógenos. Dentro de estos proceder se encuentran: Intubación orotraqueal, fibrobroncoscopia, toma de muestra respiratoria, terapia respiratoria, traqueostomía, higienización de la vía aérea, aspiración de secreciones, terapia de nebulización, micronebulizaciones, procedimiento quirúrgico, reanimación cardiopulmonar, masaje cardíaco, succión abierta, uso de oxígeno de alto flujo, ventilación manual, ventilación no invasiva con presión positiva y cualquier procedimiento odontológico”^{2,3}

COMPROMISOS INSTITUCIONALES

Para efectos de la emergencia sanitaria nacional que se encuentra atravesando el Ecuador debido a la presencia de infección por Coronavirus (COVID-19), todos aquellos servidores y trabajadores del Sistema Nacional de Salud con COVID-19 confirmado por PCR, al haber estado en contacto directo con casos sospechosos y confirmados COVID-19, deberán instrumentar el aviso del siniestro con la figura de accidente de trabajo, con el objeto que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social realice los análisis técnicos correspondientes para la calificación respectiva conforme a la normativa técnica vigente y a lo dispuesto en este documento.

- **Mesa Técnica 2:** avoca conocimiento, revisión; y dispone la socialización en territorio en la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria.
- **Ministerio de Salud Pública:** informará de forma oficial el presente lineamiento para el cumplimiento obligatorio en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.

- **Ministerio del Trabajo:** informará de manera oficial el presente lineamiento de cumplimiento obligatorio para los establecimientos de salud que forman parte del Sistema Nacional de Salud por los medios que se determine para el efecto.
- **Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social a través del Seguro General de Riesgos del Trabajo:** socializará el presente lineamiento en todas las Direcciones Provinciales a fin de dar cumplimiento a lo establecido.

ACTUALIZACIÓN CONTINUA DEL LINEAMIENTO

Este lineamiento se encuentra en proceso continuo de actualización, con el fin de proveer la información mas actualizada, de aplicación para el sector salud.

LINEAMIENTOS GENERALES

- **Del empleador**
 1. Proporcionar todos los recursos humanos, tecnológicos, materiales y económicos para poder implementar en los establecimientos de salud todas las medidas de prevención, protección y actuación frente a la emergencia sanitaria por COVID-19 para evitar una afectación a la salud de servidores y trabajadores por exposición a riesgo biológico.
 2. Asegurar el cumplimiento de la normativa vigente en materia de seguridad y salud en el trabajo; así también todos los protocolos, guías, y herramientas emitidas por parte de las entidades de control.
 3. Asegurar la dotación del Equipo de Protección Personal (EPP) necesario, de acuerdo a la gestión técnica al riesgo biológico identificado
- **Del personal de los establecimientos de salud**
 1. Cumplir con los protocolos de bioseguridad, y otros procedimientos de seguridad e higiene, aplicables en los lugares de trabajo.
 2. Utilizar el Equipo de Protección Personal (EPP) proporcionado, acorde con el nivel de exposición y bajo los protocolos emitidos para el efecto.
 3. Participar obligatoriamente en los procesos de capacitación y adiestramiento que se impartan en materia de seguridad y salud en el trabajo.
 4. El equipo de protección personal descartable, posterior a la utilización en actividades de atención en salud expuestos a COVID-19, considerados como desechos deben manejarse como desechos biológicos infecciosos, acorde a lo establecido en la normativa vigente.
 5. En el caso de que exista personal de salud que hayan tenido contacto directo sin el uso adecuado del equipo de protección personal con pacientes positivos

para COVID-19 deberán ser puestos en aislamiento domiciliario por 14 días, con valoración periódica.

- **Del responsable / técnico de seguridad y salud en el trabajo**

1. Comunicar continuamente a los servidores y trabajadores sobre los riesgos laborales vinculados a las actividades que realizan y sobre las medidas que se ponen en práctica para salvaguardar la seguridad y salud de los mismos.
2. Realizar la gestión técnica del riesgo (identificación, medición, evaluación) y formular las medidas de control mismas que deberán ser presentadas al empleador para su implementación.
3. Supervisar la entrega gratuita a los servidores y trabajadores la ropa de trabajo y el Equipo de Protección Personal (EPP) necesarios, de acuerdo al nivel de exposición al riesgo biológico.
4. Efectuar el seguimiento continuo del uso racional de la ropa de trabajo y el Equipo de Protección Personal (EPP) necesarios, en las diferentes áreas y/o servicios de los establecimientos de salud.
5. Realizar inspecciones periódicas para evaluar el uso y retiro correcto del Equipo de Protección Personal (EPP) asignado.
6. En caso de existir un caso confirmado de COVID-19 en un servidor o trabajador de los establecimientos de salud, donde exista relación causa – efecto, procederá con la notificación mediante el aviso en línea para Accidente de Trabajo a la entidad de Seguridad Social correspondiente como también al Ministerio del Trabajo.
7. Impartir recomendaciones de seguridad y salud en el trabajo que garantice óptimas condiciones de salud al retorno de sus hogares luego de cada jornada laboral.

- **Del médico de salud en el trabajo (o médico quien haga sus funciones)**

1. Identificar en los servidores y trabajadores que pertenece a los grupos de atención prioritaria y en condiciones de vulnerabilidad por sus características personales o estado biológico conocido (adultos mayores, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, personas con discapacidad, personas con enfermedades catastróficas, personas con trastornos inmunitarios), para evitar que su condición se agrave o complique por la exposición al riesgo biológico por SARS-CoV2.
2. Actualizar el mecanismo de vigilancia de salud (diagnóstico oportuno y monitoreo continuo) para servidores y trabajadores expuesto al SARS-CoV2.
3. Reportar de forma obligatoria los casos sospechosos y confirmados de COVID-19 a la Autoridad Sanitaria Nacional mediante el SIVE ALERTA, formulario EPI1 Individual.

4. Registrar y actualizar diariamente el reporte de la condición de salud de los casos sospechosos y confirmados de COVID-19 de los servidores y trabajadores de los establecimientos de salud.
5. En caso de existir un caso confirmado por COVID-19 en un servidor o trabajador de los establecimientos de salud, donde exista relación causa – efecto, colaborar con la notificación como aviso de Accidente de Trabajo a la entidad de Seguridad Social correspondiente y al Ministerio del Trabajo.
6. Conservar la confidencialidad de la información sobre el diagnóstico de casos sospechosos y confirmados de COVID-19.
7. Efectuar una comunicación asertiva que permita transmitir la información actualizada sobre el COVID-19.
8. Participar activamente en los programas de control y prevención de infecciones asociadas a la atención en salud (IASS), en caso de tenerlo.
9. Hacer hincapié sobre la eficiencia de las medidas de prevención durante la jornada laboral a los servidores y trabajadores de los establecimientos de salud.

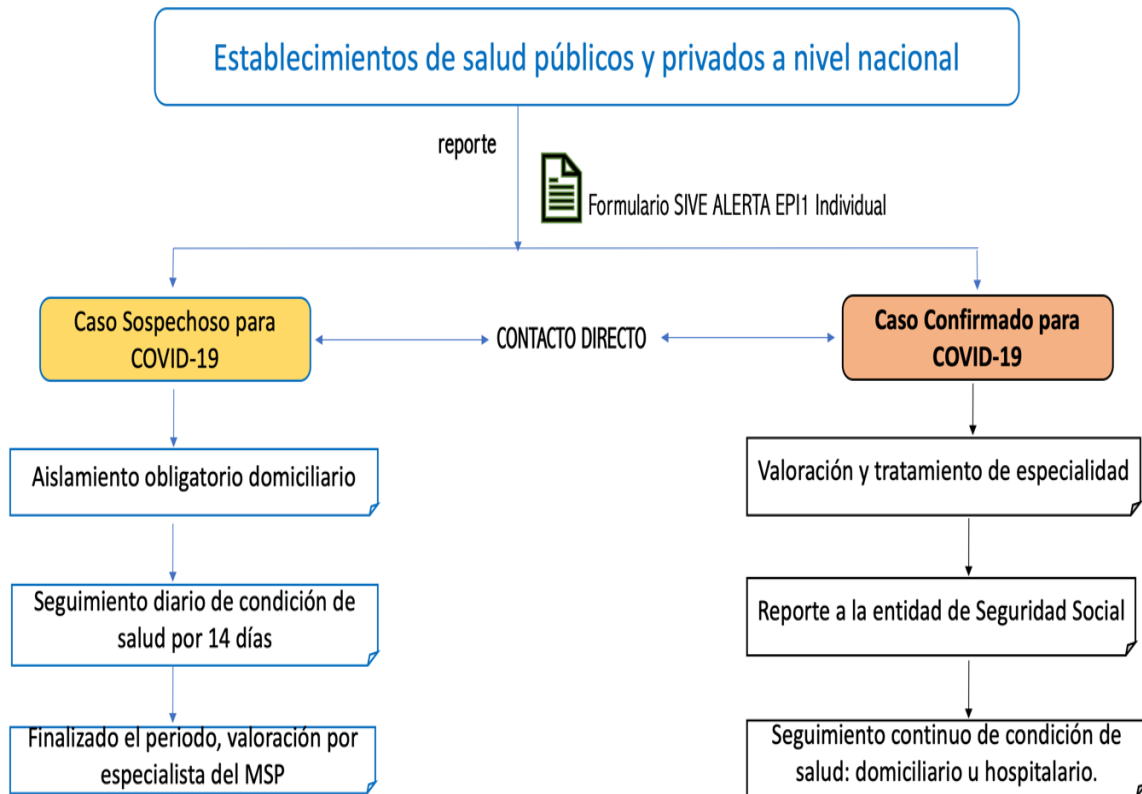
BIBLIOGRAFIA

1. https://sart.iess.gob.ec/DSGRT/norma_interactiva/IESS_Normativa.pdf, s.f.
2. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/2014-cha-prevencion-control-atencion-sanitaria.pdf>, s.f.
3. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html>, s.f.
4. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GPSG04.pdf>
5. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/PrevencionRRLI_COVID-19.pdf

ANEXOS

1. RUTA PARA EL REPORTE DE PERSONAL DE SALUD POR EXPOSICION AL SARS-CoV2, A LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL

Figura 1: Árbol para el reporte de caso sospechoso o confirmado de COVID-19

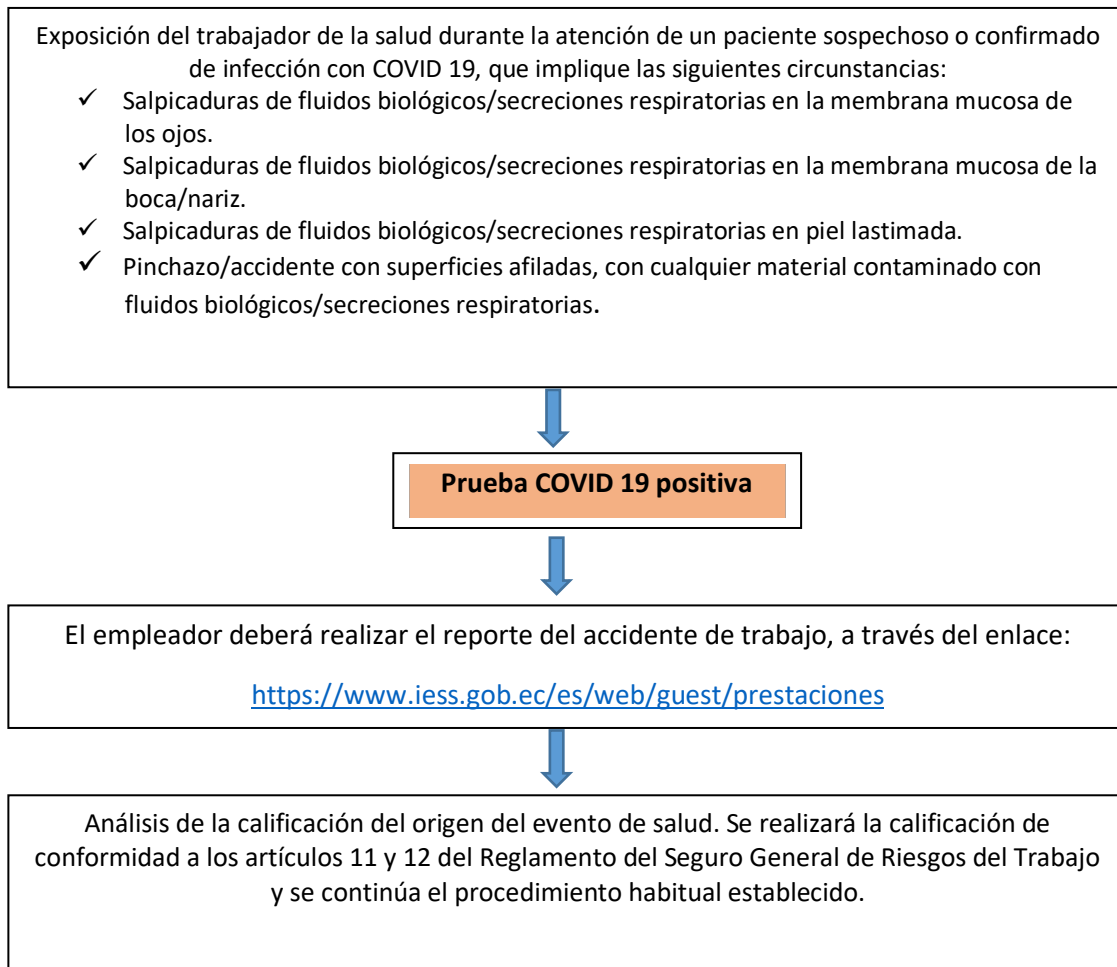


Elaborado por: Dirección Nacional de Ambiente y Salud, (MSP, 2020).



2. RUTA PARA EL REPORTE DE PERSONAL DE SALUD POR EXPOSICION AL SARS-CoV2, A LA ENTIDAD DE SEGURIDAD SOCIAL.

Figura 2: Árbol para el reporte de Accidente de Trabajo por exposición laboral al SARS-CoV2



Elaborado por: Seguro General de Riesgos del Trabajo, (IESS-SGRT, 2020).



3. FORMULARIO SIVE ALERTA, EPI1 - INDIVIDUAL

SIVE - ALERTA EPI 1 - Individual		MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DIRECCIÓN NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA NOTIFICACIÓN Y CIERRE DE CASO				SEMANA EPIDEMIOLÓGICA ____														
I. Datos Notificación	1. Institución	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 10%;">MSP</td> <td style="width: 10%;">IESS</td> <td style="width: 10%;">FFAA</td> <td style="width: 10%;">POLI</td> <td style="width: 10%;">JBG</td> <td style="width: 10%;">MEC</td> <td style="width: 10%;">DRS</td> <td style="width: 10%;">PRIV</td> <td style="width: 10%;">ONG</td> </tr> </table>				MSP	IESS	FFAA	POLI	JBG	MEC	DRS	PRIV	ONG	2. Nombre Unidad que notifica _____					
	MSP	IESS	FFAA	POLI	JBG	MEC	DRS	PRIV	ONG											
	3. Ubicación Unidad:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 20%;">Zona</td> <td style="width: 20%;">Provincia</td> <td style="width: 20%;">Cantón</td> <td style="width: 20%;">Parroquia</td> <td style="width: 20%;">Área-Distrito</td> </tr> </table>					Zona	Provincia	Cantón	Parroquia	Área-Distrito									
	Zona	Provincia	Cantón	Parroquia	Área-Distrito															
	4. Fecha de atención:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 10%;">día</td> <td style="width: 10%;">mes</td> <td style="width: 10%;">año</td> </tr> </table>		día	mes	año	5. Fecha de notificación del caso:			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 10%;">día</td> <td style="width: 10%;">mes</td> <td style="width: 10%;">año</td> </tr> </table>	día	mes	año							
	día	mes	año																	
	día	mes	año																	
6. Nombre de quien notifica:	_____																			
7. Cargo:	_____																			
II. Datos del Caso	8. Nombre del paciente:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 20%;">Primer apellido</td> <td style="width: 20%;">Segundo apellido</td> <td style="width: 20%;">Primer nombre</td> <td style="width: 20%;">Segundo nombre</td> </tr> </table>				Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre											
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre																
	9. N° documento identidad:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 20%;"> </td><td style="width: 20%;"> </td><td style="width: 20%;"> </td><td style="width: 20%;"> </td><td style="width: 20%;"> </td><td style="width: 20%;"> </td> </tr> </table>										10. N° Expediente/Historia Clínica:		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 20%;"> </td><td style="width: 20%;"> </td><td style="width: 20%;"> </td><td style="width: 20%;"> </td><td style="width: 20%;"> </td><td style="width: 20%;"> </td> </tr> </table>						
	11. Nacionalidad:	_____		12. Sexo:		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 10%;">H</td> <td style="width: 10%;">M</td> </tr> </table>	H	M	13. Ocupación:		_____									
	H	M																		
	14. Fecha de nacimiento:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 10%;">día</td> <td style="width: 10%;">mes</td> <td style="width: 10%;">año</td> </tr> </table>		día	mes	año	15. Edad en:		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 10%;">años</td> <td style="width: 10%;">meses</td> <td style="width: 10%;">días</td> </tr> </table>	años	meses	días	16. Autoidentificación:		_____					
	día	mes	año																	
	años	meses	días																	
17. Nombre del representante:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 20%;">Primer apellido</td> <td style="width: 20%;">Segundo apellido</td> <td style="width: 20%;">Primer nombre</td> <td style="width: 20%;">Segundo nombre</td> </tr> </table>				Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	18. Doc. Ident.del representante:		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 20%;"> </td><td style="width: 20%;"> </td><td style="width: 20%;"> </td><td style="width: 20%;"> </td><td style="width: 20%;"> </td><td style="width: 20%;"> </td> </tr> </table>									
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre																	
19. Lugar de Residencia:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 20%;">País</td> <td style="width: 20%;">Provincia</td> <td style="width: 20%;">Cantón</td> <td style="width: 20%;">Parroquia</td> </tr> </table>					País	Provincia	Cantón	Parroquia											
País	Provincia	Cantón	Parroquia																	
20. Dirección exacta:	_____																			
21. Teléfono:	_____																			
22. Lugar probable de exposición:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 20%;">País</td> <td style="width: 20%;">Provincia</td> <td style="width: 20%;">Cantón</td> <td style="width: 20%;">Parroquia</td> </tr> </table>					País	Provincia	Cantón	Parroquia											
País	Provincia	Cantón	Parroquia																	
23. Dirección exacta:	_____																			
24. Antecedente de viaje:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		25. Lugar de desplazamiento:		_____															
26. Fecha de viaje:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 10%;">día</td> <td style="width: 10%;">mes</td> <td style="width: 10%;">año</td> </tr> </table>					día	mes	año												
día	mes	año																		
III. Datos Clínicos	27. Fecha de inicio de Síntomas:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 10%;">día</td> <td style="width: 10%;">mes</td> <td style="width: 10%;">año</td> </tr> </table>		día	mes	año	28. Diagnóstico Inicial: _____													
	día	mes	año																	
	29. Antecedente Vacunal:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Desconoce <input type="checkbox"/>		30. Es un ESAVI grave? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																
	31. Tipo de Vacuna:	_____		32. N° dosis Aplicada:		_____														
	33. Fecha de última dosis:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 10%;">día</td> <td style="width: 10%;">mes</td> <td style="width: 10%;">año</td> </tr> </table>					día	mes	año											
día	mes	año																		
34. Embarazada:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		35. Semanas de Gestación:			_____														
IV. Muestra para laboratorio	36. Muestra de Laboratorio:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		37. Tipo de muestra																
	38. Nombre y ubicación del laboratorio:	_____																		
					Fecha de toma de muestra		Fecha de envío de la muestra													
					día mes año		día mes año													
V. Laboratorio	39. Tipo de muestra enviada				Fecha de recepción		Muestra adecuada		Fecha de procesamiento		Fecha de entrega de resultado									
					día mes año		sí no		día mes año		día mes año									
					1. _____															
					2. _____															
				3. _____																
				4. _____																
VI. Investigación	40. Resultado:		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado:		41. Resultado agente:		1. _____		2. _____											
	42. Observaciones:		_____																	
	43. Se realizó investigación:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																	
44. Fecha de Investigación:		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 10%;">día</td> <td style="width: 10%;">mes</td> <td style="width: 10%;">año</td> </tr> </table>		día	mes	año	45. N° de contactos sintomáticos: _____													
día	mes	año																		
VII. Evolución del caso	46. Evolución del caso:		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 20%;">Ambulatorio</td> <td style="width: 20%;">Hospitalización</td> <td style="width: 20%;">UCI</td> </tr> </table>		Ambulatorio	Hospitalización	UCI	47. Condición final del caso:		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 20%;">Vivo</td> <td style="width: 20%;">Muerto</td> <td style="width: 20%;">Discapacidad</td> </tr> </table>		Vivo	Muerto	Discapacidad						
	Ambulatorio	Hospitalización	UCI																	
	Vivo	Muerto	Discapacidad																	
48. Fecha de Fallecimiento:		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 10%;">día</td> <td style="width: 10%;">mes</td> <td style="width: 10%;">año</td> </tr> </table>		día	mes	año														
día	mes	año																		
49. Clasificación final del caso:		<input type="checkbox"/> Confirmado: <input type="checkbox"/> Descartado: <input type="checkbox"/> NO concluyente:		50. Diagnóstico final _____																
51. Exposición:		<input type="checkbox"/> con riesgo <input type="checkbox"/> sin riesgo		52. Describe los factores de riesgo de Hepatitis B / C: _____																
53. Confirmado por:		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 20%;">Laboratorio</td> <td style="width: 20%;">Clínica</td> <td style="width: 20%;">Nexo epidemiológico</td> </tr> </table>		Laboratorio	Clínica	Nexo epidemiológico	54. Tipo:		<input type="checkbox"/> Importado: <input type="checkbox"/> Autóctono: <input type="checkbox"/> No aplica											
Laboratorio	Clínica	Nexo epidemiológico																		
55. Clasificación final del ESAVI grave:		<input type="checkbox"/> Relacionado con la vacuna <input type="checkbox"/> Relacionado con la estrategia <input type="checkbox"/> NO concluyente: <input type="checkbox"/> Coincidente																		
56. Fecha cierre caso:		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 10%;">día</td> <td style="width: 10%;">mes</td> <td style="width: 10%;">año</td> </tr> </table>		día	mes	año	57. Nombre responsable epidemiólogo: _____													
día	mes	año																		

OBSERVACIONES:
 1. Formulario con 3 copias una original y dos copias químicas con la siguiente distribución: Original para seguimiento de epidemiólogo. Copia 1 funciona como pedido de laboratorio, copia 2 Historia Clínica.
 2. En el aplicativo informático estos datos son generados automáticamente por el sistema, al momento del ingreso de datos.

MINISTERIO DEL TRABAJO
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

