

Servicios de salud de  
calidad para la población de  
confinados de Puerto Rico



# **PREVENCION Y MANEJO DE INFECCIONES POR CORONAVIRUS COVID-19**

**30 de marzo de 2020**

## Tabla de Contenido

	Página
<b>Descripción</b> .....	1
<b>Epidemiología</b> .....	1
<b>Modo de Transmisión</b> .....	2
<b>Periodo de Incubación</b> .....	2
<b>Periodo de Transmisibilidad</b> .....	2
<b>Periodo de Susceptibilidad</b> .....	2
<b>Síntomas</b> .....	3
<b>Definiciones</b> .....	3
<b>Responsabilidad de cada servicio</b> .....	3
<b>Modelo de intervención no farmacológica</b> .....	5
<b>GUÍAS DE VIGILANCIA</b> .....	7
A. Criterio para la evaluación de pacientes bajo investigación del COVID-19:.....	7
B. Preguntas guías para identificar si el confinado cumple con criterios de PUI .....	8
C. Vigilancia a Empleados: .....	8
D. Vigilancia de confinados recibidos en Centro de Ingreso (Bayamon 705):.....	9
E. Vigilancia de confinados que son referidos a servicios de salud en la comunidad:.....	9
F. Vigilancia de pacientes en Hemodiálisis y Quimioterapia:.....	9
G. Vigilancia de pacientes crónicos y envejeciste:.....	10
<b>GUÍAS DE MANEJO</b> .....	11
A. Manejo.....	11
B. Uso de Equipo de Protección Personal.....	12
C. Recomendaciones para la recolección de muestras .....	13
D. Reporte de caso sospechoso a COVID-19 al Departamento de Salud .....	14
E. Manejo de caso sospechoso "PUI" # 1: Persona bajo investigación. Se consideran casos bajo investigación:.....	14
F. Manejo de casos sospechosos que llegan al Centro de Ingreso:.....	15
G. Manejo de Caso COVID 19 confirmado: .....	16
H. Ubicación de casos sospechosos (Personas bajo investigación).....	16

I. Movimiento o traslado de casos sospechosos o confirmados .....	17
J. Ubicación de casos confirmados .....	18
K. Unidades de Separación Social en caso de confirmados sospechosos.....	18
Flujograma de Manejo.....	19
<b>GUÍAS DE PREVENCIÓN .....</b>	<b>20</b>
<b>GUÍAS DE SALUD E HIGIENE PARA LOS EMPLEADOS .....</b>	<b>22</b>
<b>GUÍAS DE MANEJO DE EMERGENCIA .....</b>	<b>26</b>
A. Centro de Ingreso .....	26
B. Servicios de Ambulancia .....	27
C. Sala de Emergencia (Centro Médico Correccional).....	28
<b>GUÍAS DE PREVENCIÓN Y MANEJO DE CORONAVIRUS EN LAS INSTITUCIONES JUVENILES .....</b>	<b>30</b>

## Descripción

Los coronavirus son un grupo de virus comunes. Algunos coronavirus sólo afectan a los animales, pero otros también pueden afectar a los humanos. La mayoría de las personas se infectan con estos virus en algún momento de su vida. Generalmente, causan infecciones leves a moderadas en las vías respiratorias superiores, como el resfriado común. También pueden causar enfermedades más graves, como; bronquitis y neumonía. Existen varios tipos diferentes de coronavirus humanos, incluyendo el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo grave (SARS). Este protocolo deroga cualquier protocolo anterior, guía o plan de manejo para atender el brote de Coronavirus y será actualizado continuamente según los cambios en las Guías Públicas por el Departamento de Salud y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC).

## Epidemiología

Los coronavirus son una familia de virus que se descubrió en la década de los 60, pero cuyo origen es todavía desconocido. Sus diferentes tipos provocan diferentes enfermedades, desde un resfriado común hasta un síndrome respiratorio grave. Gran parte de los coronavirus no son peligrosos y se pueden tratar de forma eficaz. De hecho, la mayoría de las personas contraen en algún momento de su vida un coronavirus, generalmente durante su infancia. Aunque son más frecuentes en otoño o invierno, se pueden adquirir en cualquier época del año. El coronavirus debe su nombre al aspecto que presenta, ya que es muy parecido a una corona. Se trata de un tipo de virus presente tanto en humanos como en animales. En los últimos años, se han descrito tres brotes epidémicos importantes causados por coronavirus:

SRAS-CoV: conocido como SARS se inició en noviembre de 2002 en China, afectó a más de 8,000 personas en 37 países y provocó más de 700 muertes. La mortalidad del

SRAS-CoV se ha cifrado en el 10% aproximadamente.

MERS-CoV: causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) fue detectado por primera vez en el 2012 en Arabia Saudita. Se han notificado hasta octubre de 2019 más de 2,400 casos de infección en distintos países, con más de 800 muertes. La letalidad es un 35%.

COVID-19: A finales de diciembre de 2019 se notificaron los primeros casos de un nuevo brote de coronavirus en la ciudad de Wuhan (China). Desde entonces el conteo de nuevos infectados ha sido continuo, se han producido varias muertes y se ha confirmado que este coronavirus se transmite no solo de los animales a las personas, sino de humano a humano. Aún es pronto para determinar la tasa de mortalidad del coronavirus de Wuhan (COVID-19).

## **Modo de Transmisión**

Los coronavirus se transmiten de forma limitada entre humanos, pero en el COVID-19 se ha confirmado que puede transmitirse de persona a persona por vía respiratoria, a través de las microgotas respiratorias que las personas producen cuando tosen, estornudan o al hablar. Además, todo parece indicar que el nuevo coronavirus tiene una procedencia animal. De hecho, los primeros casos se han relacionado con un mercado de animales vivos de la ciudad de Wuhan, en China.

## **Periodo de Incubación**

Se calcula que el período de incubación de COVID-19 es de 2 a 12 días, estimándose como periodo máximo de incubación en 14 días, con un promedio de 7 días.

## **Periodo de Transmisibilidad**

Se necesita una información epidemiológica detallada sobre muchas más personas infectadas con este virus para determinar el período de infección de 2019nCoV, y en particular el asunto de si su transmisión puede tener lugar en personas que no muestran síntomas o durante el período incubación del virus, según la OMS.

## **Periodo de Susceptibilidad**

La susceptibilidad a la enfermedad es universal, pero se considera que las personas que padecen enfermedades crónicas o inmunodepresión tienen un alto riesgo de padecer enfermedad grave como lo es en caso de infección por MERS-CoV.

## Síntomas

En general, los síntomas principales de las infecciones por coronavirus suelen ser:

1. Secreción y goteo nasal.
2. Congestión nasal.
3. Tos.
4. Fatiga.
5. Dolor de garganta y de cabeza.
6. Fiebre.
7. Escalofríos y malestar general.
8. Dificultad para respirar (disnea).

En espectro clínico de este tipo de infecciones varía desde la ausencia de síntomas hasta síntomas respiratorios leves o agudos.

## Definiciones

1. PUI: Persona (confinado) bajo investigación
2. EPP: Equipo de Protección Personal
3. NPI: Iniciar intervenciones no Farmacológicas
4. Contacto cercano: a. Estar dentro de un radio de 6 pies o dentro del cuarto de un caso de COVID-19 por un período prolongado de tiempo, sin utilizar equipo personal protector recomendado.  
b. Tener contacto directo con secreciones infecciosas de un caso de COVID-19, sin utilizar equipo personal protector recomendado.
5. SRAS-CoV: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (Síndrome Respiratorio Agudo Grave)
6. MERS-CoV: Síndrome respiratorio de Oriente Medio. El MERS-CoV es un virus zoonótico, es decir, que se transmite de los animales a las personas.
7. COVID-19: enfermedad infecciosa causada por un coronavirus descubierta más recientemente. Se originó en la ciudad de Wuhan, China, en diciembre del 2019.

## Responsabilidad de cada servicio

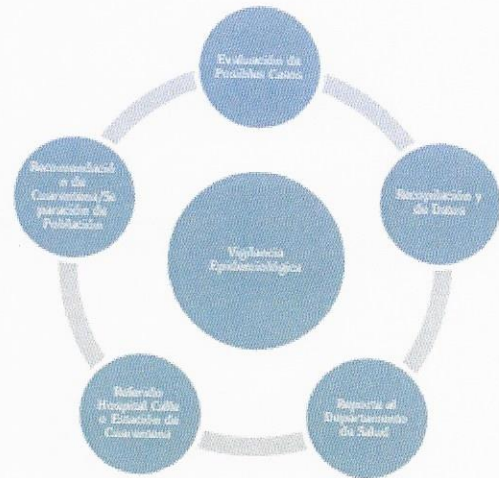
### I. Educación en Salud y Capacitación Profesional

1. Desarrollo e implementación de un plan de orientación dirigido a la población correccional, oficialidad y personal de salud.

2. Desarrollo y distribución de material educativo en todas las facilidades correccionales, confinados, oficialidad, empleados de salud y visitantes.

## II. Programa de Control de Infecciones

- A. Vigilancia de confinados de alto riesgos.
  1. Condiciones Crónicas
  2. Inmunocomprometidos
  3. Geriátricos
  4. Otros
- B. Reporte semanal de casos reportados por problemas respiratorios.
- C. Mantener comunicación con la Epidemióloga de la Regional para el reporte de casos sospechosos o confirmados.



## III. Servicios Médicos

- A. Evaluación inicial de todo confinado que presentes signos o síntomas relacionado con Coronavirus.
- B. Determinación de factores de riesgos para establecer posibles casos de investigación (PUI)
- C. Reportar todo casos sospechoso por Síndrome Respiratorio o factores de riesgos a Control de Infecciones.
- D. Establecer intervenciones No Farmacológicas, incluyendo ubicación de confinados en áreas establecidas para separación social.
- E. Intervención No Farmacológica

## MODELO DE INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA



### IV. Servicios de Enfermería

- A. Control de inventario de material de seguridad.
- B. Vigilancia de factores de riesgos en la población correccional a través de rondas de vigilancia y rondas de Sick Call
- C. Registro de temperaturas de todo el personal al momento de reportarse al área de trabajo.
- D. Vigilancia del cumplimiento de recomendaciones generales de salud y seguridad
- E. Reporte de casos sospechosos.



**V. Farmacia**

- A. Suplido de medicamentos para dos semanas a través de dosis unitaria.
- B. Renovación de medicamentos por 30 días en casos de pacientes que presenten condición estable de su salud.
- C. Control de inventario de medicamentos para manejo de síntomas.
- D. Evaluación y recomendación farmacológico.
- E. Educación sobre medidas farmacológica para manejo de síntomas

**VI. Calidad de Servicios/Cumplimiento**

- A. Vigilancia del cumplimiento de Protocolos y Guías de Manejo.
- B. Registro de datos estadísticos.
- C. Vigilancia del cumplimiento de los derechos del paciente, evaluación continua de la calidad del cuidado.
- D. Análisis de datos reportados semanalmente.

**VII. Recursos Humanos**

- A. Establece plan de reducción de riesgo para personal.
- B. Clasificación del personal para establecer riesgos de exposición.
- C. Coordinar con el DCR y la Corporación canalización de empleados que requieran ser referidos para aislamiento residencial o visita Hospital Comunitario o FSE,
- D. Coordinar con Gerente de Control de Infecciones para establecer contacto oficial epidemiólogo estatal, prueba diagnóstica y plan tratamiento en Comunidad.

**VIII. Administración/Operaciones**

- A. Mantener inventario actualizado.
- B. Evaluación e identificación de unidades de vivienda para la ubicación de posibles casos positivos.
- C. Preparación y distribución de material para el manejo de una posible emergencia en cada institución correccional.

## GUÍAS DE VIGILANCIA

Este documento presenta una guía preliminar para acción de vigilancia temprana, detección y el reporte inmediato de un caso con sospecha a el coronavirus novel 2019 (COVID-19). El virus parece ser una cepa de coronavirus nunca vista, una gran familia de virus que puede causar enfermedades que van desde el resfriado común hasta el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS).

### A. Criterio para la evaluación de pacientes bajo investigación del COVID-19:

Síntomas Clínicos	&	Riesgo Epidemiológico
Fiebre <sup>1</sup> o síntomas de enfermedad de las vías respiratorias bajas (ej., tos o dificultad para respirar)	Y	Cualquier persona, incluyendo los proveedores de servicios de salud <sup>2</sup> , que haya tenido contacto <sup>3</sup> cercano con un paciente con COVID-19 confirmado <sup>4</sup> por laboratorio, en los pasados 14 días anterior al inicio de los síntomas
Fiebre <sup>1</sup> y síntomas de enfermedad de las vías respiratorias bajas (ej., tos o dificultad para respirar)	Y	Un historial de viaje a China (país con alerta a viajero Internacional Nivel 3*), en los pasados 14 días anterior al inicio de los síntomas
Fiebre <sup>1</sup> y síntomas de una enfermedad de respiratoria baja (ej., tos o dificultad para respirar) que requiera hospitalización	Y	Un historial de viaje a las áreas geográficas afectadas <sup>5</sup> : Irán, Italia, Japón, Corea del Sur (ver nota abajo), en los pasados 14 días anterior al inicio de los síntomas
Fiebre <sup>1</sup> con síntomas severos de una enfermedad de las vías bajas (ej., pulmonía, ARDS que requiera hospitalización, sin un diagnóstico alterno identificado (ej., influenza) <sup>6</sup>	Y	Ninguna fuente de exposición identificada

Zonas geográficas afectadas por la diseminación o transmisión sostenida en la comunidad del COVID-19 (Última actualización: Marzo 4, 2020):

Irán (país con alerta a viajero Internacional Nivel 3\*)  
 Italia (país con alerta a viajero Internacional Nivel 3\*)  
 Japón (país con alerta a viajero Internacional Nivel 2\*\*)  
 Corea del Sur (país con alerta a viajero Internacional Nivel 3\*)

\*Alerta Nivel 3: Evite los viajes no esenciales, debido a la transmisión generalizada en la comunidad

\*\*Alerta Nivel 2: El virus puede propagarse de persona a persona.

• Los adultos mayores y aquellos con afecciones médicas crónicas deben considerar posponer los viajes no esenciales.

• Los viajeros deben evitar el contacto con personas enfermas y lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón durante al menos 20 segundos, o utilizar un desinfectante para manos con concentración de un 60%-95% de alcohol.

El criterio para evaluación (PUI) fue expandido a un grupo amplio de pacientes sintomáticos. El médico deberá utilizar su criterio clínico para determinar si el paciente presenta signos y síntomas compatibles con COVID-19; y si el paciente requiere muestra de SARS-CoV-2. Realizar Diagnóstico Diferencial para otras condiciones respiratorias. (ej. Influenza).

Los criterios servirán como guía para la evaluación. En consulta con el Departamento de Salud, Oficina de Epidemiología Regional/Central, los pacientes deberán ser evaluados caso por caso para determinar la necesidad de la prueba de laboratorio para el diagnóstico de COVID-19. Las pruebas pueden considerarse para personas fallecidas que pudieran haber cumplido con los criterios de PUI.

### B. Preguntas guías para identificar si el confinado cumple con criterios de PUI

¿Tiene historial de viaje y/o contacto con personas que haya visitado alguno de estos lugares?	¿Presenta alguno de los siguientes signos y síntomas?	¿El paciente presenta alguna de las siguientes condiciones de forma preexistente?
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Viajes recientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ China</li> <li>○ Irán</li> <li>○ Italia</li> <li>○ Corea del Sur</li> <li>○ Japón</li> <li>○ Otros Países</li> </ul> </li> <li>○ Contacto con personas sospechosa o confirmada con COVID-19</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fiebre*</li> <li>○ Dificultad Respiratoria*</li> <li>○ Tos*</li> <li>○ Dolor de Cabeza</li> <li>○ Dolor Abdominal</li> <li>○ Dolor Muscular</li> <li>○ Dolor de Garganta</li> <li>○ Escalofríos</li> <li>○ Diarrea</li> <li>○ Vómitos</li> <li>○ Otros Síntomas (explique)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diabetes</li> <li>○ Hipertensión</li> <li>○ Enfermedad Cardíaca</li> <li>○ Enfermedad Pulmonar Crónica</li> <li>○ Enfermedad Crónica del Hígado</li> <li>○ Enfermedad Renal Crónica</li> <li>○ Sistema Inmune Comprometido</li> <li>○ Trasplantes</li> <li>○ Otros: (especifique)</li> </ul>

### C. Vigilancia a Empleados:

Todos los empleados a su entrada al área de trabajo se le realizará un cotejo para identificar posibles síntomas y autorizar su permanencia en el entorno laboral, según dispuesto en el Protocolo de Respuesta Coronavirus 2019 (COVID-19) del Departamento de Rehabilitación y Corrección con vigencia del 11 de marzo de 2020.

**D. Vigilancia de confinados recibidos en Centro de Ingreso (Bayamon 705):**

1. Todo confinado recibido en el Centro de Ingreso se realizará Cernimiento de entrada para riesgos de Coronavirus-COVID-19.
2. Se completará el Cernimiento de Ingreso por Riesgos de Coronavirus y se mantendrá en la Institución de Bayamon 705 por 14 a 21 días en vigilancia.

**E. Vigilancia de confinados que son referidos a servicios de salud en la comunidad:**

3. Todo confinado que requiera servicios de salud de emergencia en instituciones de la comunidad deberá regresar al sistema correccional a través del Centro de Ingreso de Bayamon 705.
4. Se completará el Cernimiento de Ingreso por Riesgos de Coronavirus y se ubicará en las facilidades de Bayamon.
5. El confinado se mantendrá en estas unidades por un periodo de 14 a 21 días bajo vigilancia del personal de control de infecciones.
6. Los confinados que a su regreso requiera continuidad de tratamiento hospitalario se mantendrán en el Centro Médico Correccional hasta que concluyan el mismo.

**F. Vigilancia de pacientes en Hemodiálisis y Quimioterapia:**

7. Cada institución correccional identificará la vivienda de los pacientes en Hemodiálisis para evaluar los riesgos de explosión.
8. Se proveerá educación especial a estos pacientes incluyendo:
  1. Signos y síntomas relacionados con infecciones de Coronavirus
  2. Medidas de prevención
  3. Uso de mascarilla quirúrgica como medida de prevención durante su movilización fuera del sistema correccional.
9. Se solicitará a la Clínica de Hemodiálisis el protocolo o medidas de seguridad para garantizar la seguridad de estos pacientes.

10. Los confinados serán movilizados de forma individual para reducir el contacto con otros confinados.

**G. Vigilancia de pacientes crónicos y envejeciste:**

11. Cada institución correccional mantendrá un registro de pacientes crónicos y envejecieses que incluya su vivienda y condición.

12. Los pacientes crónicos y envejecientes serán educados para que permanezcan en sus áreas de vivienda con el menor contacto social posible,

13. Se le dará prioridad a los pacientes crónicos y envejecientes que requieran servicios de salud en la primeras 2 horas del día.

14. Todo medicamento prescrito para estos pacientes será renovado automáticamente para un periodo de 30 días.

## GUÍAS DE MANEJO

---

Los confinados con sospecha a **COVID-19** deben ser manejados utilizando las precauciones de transmisión respiratoria, secreciones y de contacto.

### A. Manejo

1. Todo caso sospechoso deberá ser notificado a la/el Enfermera/o de Control de Infecciones.
2. Minimizar el contacto con otros confinados (pacientes) en la sala de emergencia, al realizar el cernimiento de enfermería se debe referir rápidamente al/los confinados que cumplan con la definición de sospecha de caso a áreas de evaluación separadas.
3. Aquellos casos con sospecha a **COVID-19** deben utilizar mascarillas quirúrgicas hasta que sean transportados al área de aislamiento designada.
4. Los confinados con sospecha de **COVID-19** deben ser ubicados en aislamiento respiratorio en el Centro Médico Correccional hasta que se descarte el diagnóstico o se conozca otro diagnóstico alterno del paciente.
5. Se debe utilizar equipo desechable en el tratamiento y cuidado de pacientes con sospecha o diagnóstico de **COVID-19**. Si se utiliza algún instrumento reusable este debe ser esterilizado adecuadamente.
6. Las superficies deben ser desinfectadas.
7. Evite el movimiento del paciente cuando sea posible. Para trasladar a los pacientes deben utilizar mascarillas quirúrgicas para evitar la dispersión de secreciones.
8. Solo podrá entrar al área de aislamiento del paciente el personal médico; debe utilizar EPP y seguir las recomendaciones para el control de infecciones.
9. Realizar la colección de muestra, según establecido por el DSPR en la Guía para la vigilancia del COVID-19 emitida el 23 de enero de 2020.
10. Iniciar la coordinación del recogido de la muestra.

## **B. Uso de Equipo de Protección Personal**

1. El equipo de protección personal será utilizado siguiendo las siguientes guías:
  1. Guantes: Se utilizarán durante el manejo de todo paciente de acuerdo con las guías de precauciones universales establecidas por Physician Correctional. El personal podrá utilizar guantes desechables al realizar la toma de temperaturas como parte del cernimiento de entrada para todo el personal.
  2. Mascarillas quirúrgicas: Se utilizarán durante el manejo de paciente que presenten riesgos de exposición de acuerdo con las guías de precauciones universales establecidas por Physician Correctional. El personal podrá utilizar mascarillas desechables al realizar la toma de temperaturas como parte del cernimiento de entrada. Durante el manejo de pacientes de nuevo ingreso. Además se requerirá que todo paciente con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19, durante su traslado o movimiento a otras áreas.
  3. Batas desechables: Serán utilizadas en el manejo de pacientes o, exposición a fluidos, pacientes sospechosos ((PUI) o confirmados con COVID-19 y pacientes en aislamientos.
  4. Protectores de ojos: Se utilizarán durante el manejo de pacientes con riesgos de exposición a fluidos, pacientes en aislamiento o contacto directo con pacientes confirmados con COVID-19.
  5. Face Shield (Protector de Cara): Se utilizarán durante el manejo de pacientes con riesgos de exposición a fluidos y aislamientos, manejo de pacientes en aislamiento o contacto directo con pacientes confirmados con COVID-19.
  6. Respiradores de partículas: Se requerirá que el personal de salud utilice respiradores de partículas durante el manejo de todo paciente en el Centro de Ingreso de Bayamón 705 y Sala de Emergencia del Centro Médico Correccional, de acuerdo con su disposición, en ausencia de respiradores de partículas deberá utilizar mascarillas quirúrgicas. Además, se deberá utilizar en el manejo de pacientes en con riesgo de exposición de transmisión de aérea, pacientes sospechas (PUI) y pacientes confirmados con COVID-19 y pacientes en aislamiento respiratorio.



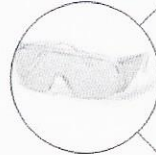
# Equipo de Protección Personal

El equipo de Protección Personal debe ser utilizado cuando:



### Manejo de todo paciente

Toma de temperaturas como parte del cernimiento de entrada para todo el personal.



Manejo de pacientes con riesgos de exposición a fluidos y aislamientos

Manejo de pacientes en aislamiento

Durante el contacto directo con pacientes sospechosos o confirmados con COVID-19.



Manejo de paciente que presenten riesgos de exposición a fluidos

Toma de temperaturas durante el cernimiento de entrada. Durante el manejo de pacientes de nuevo ingreso.

Se requerirá que todo paciente con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19 durante su traslado o movimiento a otras áreas.



### DURANTE EL MANEJO DE PACIENTES

Paciente que presenten riesgos de exposición a fluidos

Manejo de pacientes en aislamientos

Manejo de pacientes sospechosos o confirmados con COVID-19.



Manejo de pacientes con riesgos de exposición a fluidos

Durante la intervención con personas con riesgos de exposición de COVID-19

Durante el manejo de pacientes en aislamientos.



### SOLO PARA PERSONAL DE SALUD EN MANEJO DE PACIENTES:

Riesgo de exposición de transmisión de aérea y aislamientos respiratorio

Sospechosos (PUI) y confirmados con COVID-19.

Con todo paciente en el Centro de Ingreso de Bayamon 705 y Sala de Emergencia del CMC.

## C. Recomendaciones para la recolección de muestras

2. Una vez el caso haya sido notificado al Programa de Epidemiología; los CDC's Emergency Operation Center (EOC), colaborará con el laboratorio del Departamento de Salud para la colección, almacenamiento y envío de muestras a CDC.
3. La prueba diagnóstica para COVID-19 debe ser realizada por CDC.
4. Por razones de bioseguridad, no es recomendable realizar aislamiento de virus en cultivo celular o iniciar caracterización de agentes virales recuperados en cultivos de muestras en pacientes bajo investigación (PUI) para COVID-19.
5. CDC recomienda obtener múltiples muestras de laboratorio, incluyendo secreciones del tracto respiratorio, suero, y considerar otros tipos de muestras como excreta y orina.
6. El envío de muestras debe ser coordinado con el Laboratorio del Departamento de Salud, y debe someterse con la Hoja reporte 50.34 (CDC Specimen Submission Form) y la hoja de caso bajo investigación: Interim 2019 novel coronavirus (COVID-19) patient under investigation (PUI) form.



#### **D. Reporte de caso sospechoso a COVID-19 al Departamento de Salud**

1. Notificar el caso inmediatamente al Director Médico Institucional, Infectóloga(o) y Gerente del Programa de Control de Infecciones.
2. El personal de Control de Infecciones deberá notificar **INMEDIATAMENTE** vía telefónica (Categoría III) cualquier caso sospechoso de **COVID-19**, a la División de Epidemiología del Departamento de Salud. A su vez, esta notificación se hará mediante la utilización de la hoja de Categoría I (Anejo #2) y la hoja de investigación de caso: Interim 2019 novel coronavirus (**COVID-19**) patient under investigation (PUI) form (Anejo #3) ; cual es requerida por los CDC, para realizar la prueba diagnóstica de COVID-19 (rRT-PCR panel) (Anejo #4). La notificación del historial de viaje debe ser detallada.

#### **E. Manejo de caso sospechoso "PUI" # 1: Persona bajo investigación. Se consideran casos bajo investigación:**

1. Individuo que presentes síntomas de Síndrome respiratorio agudo que puede incluir fiebre, tos, dificultad respiratoria, con explosión directa a un caso confirmado.
2. Individuo que haya estado expuestos a un caso confirmado y no presenta síntomas.
3. Individuos que presentes Síndrome Respiratorio Agudo con etiología negativa a otras condiciones, (ej. Influenza)

##### Manejo

- a. Aislamiento médico en unidad de aislamiento del Centro Médico Correccional o celda individual.
- b. Se deberá utilizar en todo momento el equipo de Protección Personal (PPT).
- c. Inmediatamente se comenzará la investigación epidemiológica por la Enfermera de Control de Infecciones (Se establecerá restricción de un solo entrevistador para reducir riesgos de contacto)
- d. Se aplicarán las Intervenciones No Farmacéuticas (NPI measures)
- e. Realizar Prueba Diagnóstica para descartas otras condiciones como Influenza.
- f. La Enfermería de Control de Infecciones deberá notificar al oficial Epidemiólogo DS/CDC
- g. Iniciar Plan Tratamiento según guías actuales.
- h. Identificar los Contactos - Confinados

- 1) Todos los Confinados Contactos deberán ser aislados social para separación de la población.
  - 2) Contactos que presentes fiebre o síntomas relacionados serán ubicados en celda individual y medidas contacto preventivas.
  - 3) Contactos que no presentes fiebre o síntomas relacionados serán referidos a la Enfermera de Control de Infecciones para observación y cambios en sintomatología y separación social.
- i. Contactos empleados. Identificar todos los empleados que hayan tenido contacto con una personal en investigación.
- 1) El empleado deberá ser orientado y educación sobre la prevención y manejo de la condición.
  - 2) Empleados que presenten fiebre o síntomas relacionados se notificará a la Oficina de Recursos Humanos quien establecerá la recomendación pertinente.
  - 3) Empleados que no presenten fiebre o síntomas relacionados se reforzara la orientación, educación y adiestramiento en el uso de equipos protección personal.

**F. Manejo de casos sospechosos que llegan al Centro de Ingreso:**

1. Se deberá haber establecido que el paciente-confinado cumple con uno de los criterios paciente bajo investigación debe cumplir con los siguientes criterios:
  - a. Individuo que presentes síntomas de Síndrome Respiratorio agudo que puede incluir fiebre, tos, dificultad respiratoria, con explosión directa a un caso confirmado.
  - b. Individuo que haya estado expuestos a un caso confirmado.
  - c. Individuos que presentes Síndrome Respiratorio Agudo con etiología negativa a otras condiciones, (ej. Influenza),
2. Si él confinado cumple con alguno de estos criterios de procederá a con su traslado a una de las Unidades de Aislamiento Respiratorio del Centro Médico Correccional recomendación médica individual.

3. Inmediatamente se requerirá que el paciente utilice mascarla quirúrgica desechable hasta su traslado.
4. Todo el personal deberá utilizar el Equipo de Protección Personal durante el manejo del paciente.
5. En el Centro Médico Correccional se seguirán las medidas establecidas para el manejo de casos sospechosos o bajo investigación.

#### **G. Manejo de Caso COVID 19 confirmado:**

- a. Todos los contactos serán manejados siguiendo el protocolo de manejo caso sospechoso.
- b. Suspensión visitas, salidas o pases y traslados de confinados por 30 días en institución afectada hasta que se reciban las recomendaciones de la Epidemióloga del estado.
- c. Centros de ingresos:
  - 1) Se establecerá un sólo lugar de ingresos en Puerto Rico.
  - 2) Todos los ingresos serán movilizadas de acuerdo con el plan de separación estratégica confinados por 21 días previo a ser ingresados en población general.
  - 3) Confinados que ingresen con Fiebre o síntomas relacionados serán manejados como casos sospechosos
  - 4) Empleados estarán provistos equipo personal protector básico de guantes, gafas y mascarillas.
  - 5) Se mantendrá un plan continuo de orientación y educación intensiva de confinados y pacientes.

#### **H. Ubicación de casos sospechosos (Personas bajo investigación)**

1. Los confinados identificados como casos sospechosos o personas bajo investigación serán ubicados en áreas de aislamiento del Centro Médico Correccional.

2. En aquellos casos donde se reporten 10 o menos casos sospechosos o bajo investigación, los confinados serán ubicados en área de aislamiento social en celdas individuales.
3. El personal de control de infecciones mantendrá vigilancia de estos casos por desarrollo de síntomas o complicaciones.
4. En aquellos casos donde se reporte más de 10 casos sospechosos o bajo investigación se establecerá cuarentena del módulo de vivienda por 14 días.
5. El personal de salud y seguridad que intervengan con estos confinados deberán seguir las medidas de precauciones universales utilizando el equipo de protección personal.
6. Se requería que los confinados utilicen mascarilla quirúrgica en todo momento.

#### **I. Movimiento o traslado de casos sospechosos o confirmados<sup>1</sup>**

7. El personal que movilice o traslade confinados sospechosos o confirmados con COVID-19 deberá utilizar el Equipo de Protección Personal (EPP) durante su manejo o contactos con estos.
  - a. Un solo par de guantes desechables para la evaluación del paciente de ser necesario.
  - b. Bata de aislamiento desechable.
  - c. Protección respiratoria aprobada por NIOSH, con prueba de ajuste (Respirador N95).
  - d. Protector para los ojos como gafas de seguridad (goggles) o careta plastica desechable (fase Shield).
8. Si el conductor del vehículo o ambulancia participa del manejo del paciente, como por ejemplo movilizarlo a las camillas, deberá usar el EPP recomendado.
9. Durante la movilización del confinado deberá mantener en todo momento el respirador de partículas o mascarilla N95.
10. Concluido el movimiento deberá descartar el equipo y lavado de manos.
11. El paciente deberá ser trasladado o movilizado en todo momento utilizando una mascarilla quirúrgica.

---

<sup>1</sup> Guía para el Manejo de pacientes sospechosos y/o confirmados con el Coronavirus.

## **J. Ubicación de casos confirmados**

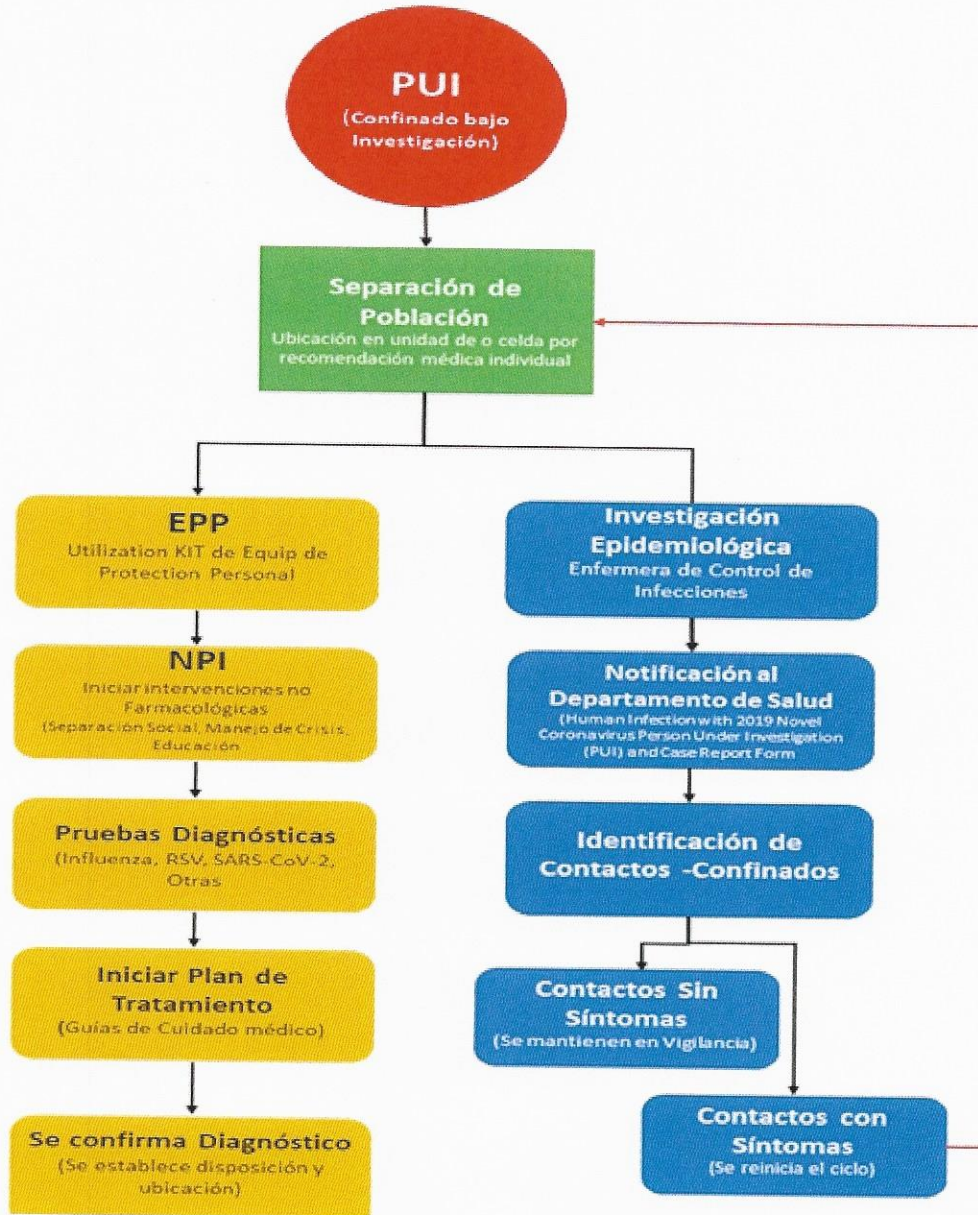
1. Los confinados que sean confirmados como pacientes infectados con COVID-19 se seguirán las mismas medidas de los casos sospechosos.
2. La autoridad en salud de la facilidad correccional deberá garantizar que estos pacientes reciban toda la atención medica necesaria para su condición y su traslado a una institución hospitalaria de la comunidad.
3. El personal que traslada estos pacientes deberá utilizar equipo de protección personal en todo momento.
4. Durante el traslado el paciente mantendrá mascarilla quirúrgica colocada en todo momento.

## **K. Unidades de Separación Social en caso de confirmados sospechosos**

12. En aquellos casos que se requiera la reubicación de confinados en áreas específicas para separación social de la comunidad correccional por riesgos de diseminación del virus COVID-19, se podrán ubicar pacientes en las siguientes áreas:
  - a. Bayamon 448 Unidad de Dormitorio Medico
  - b. Guerrero Unidad de Detox Ambulatorio e Infirmary
  - c. Ponce 500 Norte A
  - d. Guayama 945, Sección D<sub>3</sub> y D<sub>4</sub>
  - e. Institución Correccional Zarzal Modulo H Alto

# Flujograma de Manejo

## PLAN DE RESPUESTA NOVEL CORONAVIRUS 2019 (COVID-19)



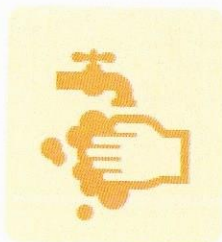
## GUÍAS DE PREVENCIÓN

---

Los confinados con sospecha a **COVID-19** deben ser manejados utilizando las precauciones de transmisión respiratoria, secreciones y de contacto. No existen vacunas para prevenir las infecciones por coronavirus humanos. La prevención deberá estar enfocada en la reducción de riesgos de transmisión del virus

### **A. Medidas de Prevención y control. Estas medidas serán requeridas para todo el personal de salud y seguridad.**

1. Todo el personal deberá ser adiestrado sobre la prevención y manejo de pacientes infectados con COVID-19.
2. Lavados de manos con agua y jabón o Hand Sanitizers, con 60% de alcohol.
3. Durante el manejo de confinados con sospecha a COVID-19 en aislamiento se deberá utilizar en todo momento el Equipo de Protección Personal (EPP) recomendado por el CDC que incluye, guantes, mascarillas, batas y protectores de cara.
4. No contacto físico con otras persona, esto incluye No saludos de apretón de mano, abrazos o besos, todo el personal deberá limitarse a un salud verbal o utilizando los codos.
5. Si tiene contacto con cualquier otra persona, incluyendo un saludo (apretón de manos) no deberá tocarse la cara, ojo, boca y nariz, sin haberse lavado primero las mano o realizar limpieza de las mismas con Hand Sanitizers.
6. Si presenta síntomas relacionados con una condición respiratoria, deberá notificar inmediatamente a la Oficina de Recursos Humanos de su institución para las recomendaciones correspondientes.
7. Limpiar y desinfectar las superficies con frecuencia



**Lavado de manos:** Lavarse las manos es una de las mejores formas de protegerse y de proteger a otros. Deberá lavarse las manos:

- A. Antes, durante y después de preparar alimentos
- B. Antes de comer
- C. Antes y después de cuidar a alguien que tenga vómitos o diarrea
- D. Antes y después de tratar una cortadura o una herida
- E. Después de ir al baño

- F. Después de sacudirse la nariz, toser o estornudar
- G. Después de tocar a un animal, alimento para animales o excrementos de animales
- H. Después de manipular alimentos o golosinas para mascotas
- I. Después de tocar la basura

### LOS CINCOS PASOS PARA LAVARSE LAS MANOS DE LA FORMA CORRECTA

**Pasos Para Seguir:** Lavarse las manos es fácil, y es una de las formas más eficaces de prevenir la propagación de microbios. Las manos limpias pueden detener la propagación de los microbios de una persona a otra. Siga siempre estos cinco pasos:

1. **Mójese** las manos con agua corriente limpia (tibia o fría), cierre el grifo y enjabónese las manos.
2. **Frótese** las manos con el jabón hasta que haga espuma. Frótese la espuma por el dorso de las manos, entre los dedos y debajo de las uñas.
3. **Restriéguese** las manos durante al menos 20 segundos.
4. **Enjuáguese** bien las manos con agua corriente limpia.
5. **Séqueselas** con una toalla limpia o al aire.



## GUÍAS DE SALUD E HIGIENE PARA LOS EMPLEADOS

---

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y otras autoridades sanitarias todos los empleados deben estar debidamente informados sobre las medidas esenciales para la prevención y control de enfermedades. Esta guía provee la información sobre el procedimiento de cotejo de cada empleado a su entrada al área de trabajo para identificar posibles síntomas y autorizar su permanencia en el entorno laboral, según dispuesto en el Protocolo de Respuesta Coronavirus 2019 (COVID-19) del Departamento de Rehabilitación y Corrección con vigencia del 11 de marzo de 2020.

### Definiciones

- A. Cernimiento de Entrada: El cernimiento de entrada es una herramienta importante de salud pública durante los períodos de incertidumbre y parte de una estrategia de respuesta gubernamental para protegernos contra las enfermedades infecciosas.
- B. Cotejo de Síntomas: El cotejo de síntomas significa la evaluación de los empleados con supervisión delegada en el entorno de servicios de salud, significa el monitoreo de la temperatura de los empleados y el estimado de factores de riesgos a través de un cuestionario de detección.
- C. Controles de Temperatura: La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que los controles de temperatura reducen el "riesgo de importación de la enfermedad". Según la OMS, la mayoría de los casos que viajaron fuera de China se detectaron mediante pruebas de detección de temperatura cuando entraron en otro país.
- D. Fiebre: La fiebre se mide la temperatura  $>100.4^{\circ}\text{F}$  (38.0) o la fiebre subjetiva. Se debe tener en cuenta que la fiebre puede ser intermitente o puede no estar presente en algunos pacientes, como aquellos que son ancianos, inmunosuprimidos o que toman ciertos medicamentos (por ejemplo, Sal). El juicio clínico debe utilizarse para guiar las pruebas de los pacientes en tales situaciones.

### Guía

- A. Debido al seguido y extenso contacto cercano con personas vulnerables en entornos de atención médica, se tomará un enfoque conservador para el monitoreo de los empleados y la restricción del trabajo, para identificar rápidamente los síntomas tempranos y evitar la transmisión de empleados potencialmente contagiosos para pacientes, empleados y visitantes.
- B. Todo personal de seguridad, civil y área médica deberá ser evaluado para autorización de entrada a su área de trabajo.

- C. En los días que los empleados están programados para trabajar, en las facilidades se medirá la temperatura y evaluarán los síntomas antes de comenzar a trabajar.
- D. Cada complejo en colaboración con el personal de control de infecciones o personal de salud designado establecerá los "sites" o puntos de monitoreo identificando las áreas de cotejo del personal incluyendo el registro de temperatura
- E. No se permitirá el acceso al área de trabajo a empleados que presenten fiebre y síntomas respiratorios, como tos, dificultad para respirar, dolor de garganta durante el período de control de la temperatura.
- F. El Departamento de Corrección y Rehabilitación y Physician Correctional mantendrá comunicación con el empleado para ser instruido de las medias que deberá tomar antes de reintegrarse a su área de trabajo.
- G. **Se requerirá autorización médica que certifique que el empleado está apto para reincorporarse en el trabajo.**
- H. **El personal de enfermería o profesional de salud que participe del Cernimiento de cotejo de temperaturas en los "Site" o Puntos de entrada al área de trabajo utilizará el equipo de protección personal según recomendaciones de las guías de prevención.**

## Procedimiento


- A. Al llegar al "site" o punto de entrada del área de trabajo, todos los empleados tendrán que tomarse la temperatura.
- B. Todo personal que presente temperatura  $>100.4$  °F (38.0 C), deberá contestar las siguientes preguntas:

¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?

- Tos
- Dificultad para respirar
- Dolor de garganta

- C. Si el empleado muestra fiebre y cualquiera de los síntomas descritos anteriormente, debe abandonar el lugar de trabajo.

- D. En aquellos casos que el empleado no presente signos de fiebre, pero si respuestas afirmativas a las preguntas del cernimiento realizadas, el personal clínico podrá determinar que el empleado no debe entrar a su área de trabajo lugar y presente evaluación medida antes de retornar.
- E. Se informará al empleado que acuda a su médico de cuidado primario (PCP) y notificar a su supervisor inmediato.
- F. El empleado podrá regresar a su lugar de trabajo después de una autorización médica documentada.
- G. Si el empleado no presenta ninguno de los signos o síntomas anteriores, podrá entrar a su lugar de trabajo.
- H. Los empleados se reportarán a su lugar de trabajo con la debida certificación de cotejo de emergencia, la cual deberán mostrar y entregar en el puesto de entrada de cada institución.


Physician  
Correctional

Certificación de Cotejo ante la emergencia provocada por el COVID-19

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Institución: \_\_\_\_\_ Hora : \_\_\_\_\_  
 Departamento: \_\_\_\_\_

Se Autoriza la entrada a laborar.

No se autoriza la entrada al área de trabajo deberá asistir a su Médico de cabecera y traer una certificación medica donde indique que este apto para reincorporarse a laborar

\_\_\_\_\_  
 Firma de Profesional                      Núm. Lic.                      Nombre en letra de Molde

- I. El Oficial de Control de Acceso (Puesto #1) entregará las boletas diariamente al personal de Control de Infecciones para su evaluación.

- J. Como parte del proceso todos los empleados recibirán una boleta de educación con información sobre el NPI para controlar el Coronavirus.



Physician  
Correctional

### Guías de Salud e Higiene para los Empleados

1. Usar el interior del codo flexionado o un pañuelo desechable al estornudar o toser
2. Lavarse las manos con frecuencia, incluso después de toser, estornudar y tocar superficies tocadas por otras personas
3. Evitar el contacto mano a boca y de mano a nariz
4. Evitar el contacto cercano con cualquier persona que muestre síntomas
5. Recibir vacunas contra la gripe para minimizar la confusión de los síntomas
6. Deberá notificar si ha viajado desde o hacia cualquiera de los lugares identificados por el CDC como riesgos epidemiológicos en los últimos 14 días? (China, Japón, Italia, Irán, Corea del Sur, otros)
7. Notifique al personal de salud si ha estado en contacto cercano cerca de alguna personal diagnosticada con la enfermedad de COVID-19 en los últimos 14 días

- K. Se mantendrá un registro de todas las evaluaciones realizadas para fines estadístico. Que incluirá: fecha nombre, puesto, institución y autorización de entrada a la institución.

## GUÍAS DE MANEJO DE EMERGENCIA

---

Los confinados con sospecha o diagnóstico confirmatorio de **COVID-19** que presenten estado crítico deben ser manejados utilizando las precauciones de transmisión respiratoria, secreciones y de contacto. Esta guía estará dirigida a manejo de emergencia en caso de confinados sospechosos o diagnosticados que llegan a la Institución de Bayamón 705 o la Sala de Emergencia del Centro Médico Correccional y presenta un deterioro progresivo crítico de su estado salud. El personal del programa de salud correccional agilizará el proceso de traslado de estos pacientes hacia el nivel asistencial correspondiente.

**Estado de salud crítico.** El de estado crítico es un concepto que utilizamos en nuestro idioma con recurrencia para referirnos o indicar aquellas situaciones cruciales y excepcionales de un hecho y que se caracteriza porque el peligro está presente, amenaza, y hasta puede resultar fatal, de vida o muerte para quien está amenazado por él, si no logra luchar y enfrentarse con un resultado positivo. Se considerará como estado de salud crítico a todo aquel confinado que presente distrés respiratorio o alteraciones en signos vitales que represente peligro de muerte o lesión permanente.

### Síntomas a considera:

1. Respiraciones de más de 24 por minute
2. Saturación por debajo de 90 %
3. Dificultad marcada para respirar
4. Otros

### A. Centro de Ingreso

1. Todo confinado que a su ingreso o traslado a través de la Institución de Bayamón 705, presente un estado de salud crítico deberá ser trasladado inmediatamente a la Sala de Emergencia del Centro Médico Correccional.
2. El Centro de ingreso tiene disponible para manejar una emergencia médica relacionada con COVID- 19 el siguiente equipo:
  - a. Carro de emergencia
  - b. Equipo de resucitación cardiopulmonar
  - c. Desfibrilador portátil
  - d. Equipo para intubación orotraqueal.
  - e. Equipo de solución intravenosa
  - f. Medicamentos para manejo de emergencias cardiovasculares
3. El Centro de ingreso tiene disponible Equipo de Protección Personal para el manejo de todos los pacientes:

- a. Guantes desechables
  - b. Mascarillas quirúrgicas
  - c. Batas desechables
  - d. Protectores de Ojos
  - e. Protectores de cara (Facial Shields)
  - f. Respiradores de Partícula N-95
4. Todo el personal médico del Centro de Ingreso está certificado en ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support).
  5. Todo el personal de enfermería del Centro de Ingreso está certificado en Basic Cardiovascular Life Support (CPR).
  6. Pacientes en Crisis de salud: Inmediatamente se identifique que un paciente presenta dificultad respiratoria o alteraciones en sus signos vitales, relacionado con posible contacto de COVID-19. Se procederá con lo siguiente:
    - a. Administración de oxígeno vía cánula nada a 4 lbs/min con humidificador.
    - b. Canalización de vena periferia con .9% Nss para manejar vena abierta.
    - c. Monitoreo de oximetría continua.
    - d. Monitoreo de signos vitales continuo.
    - e. De ser necesario el paciente deberá ser intubado vía naso traqueal.
    - f. Traslado a la Sala de Emergencia del Centro Médico Correccional.
    - g. El paciente deberá ir acompañado del médico que coordinar el traslado.

## **B. Servicios de Ambulancia**

1. El Complejo correccional de Bayamón cuenta con cuatro (4) Unidades de Ambulancia equipadas para el traslado de confinados en estado crítico ubicadas en el Centro Médico Correccional.
  - a. Se mantendrán las ambulancias equipada para el traslado de pacientes en estado crítico.
  - b. Diariamente se realizaría una inspección de todo el equipo para certificada su estado y capacidad de uso.
  - c. El Departamento de Corrección proveerá un mínimo de 3 oficiales por turno para el manejo de las ambulancias.
  - d. Los Oficiales responsable de manejar las ambulancias contarán con:

- 1) CPR actualizado
  - 2) Equipo de Protección Personal para el manejo de los pacientes.
- e. Durante el manejo o transporte de cada paciente el personal deberá utilizar equipo de protección personal en todo momento.
- f. La ambulancia deberá ser desinfectada entre el transporte de cada paciente, según recomendado por OSHA.

### **C. Sala de Emergencia (Centro Médico Correccional)**

1. Todo paciente en estado crítico recibido en a la sala de Emergencia desde el Centro de Ingreso de Bayamón, será inmediatamente ubicado en la Unidad de Aislamiento.
2. La Sala de Emergencia tiene disponible para manejar una emergencia médica relacionada con COVID- 19 el siguiente equipo:
  - a. Carro de emergencia
  - b. Equipo de resucitación cardiopulmonar
  - c. Desfibrilador portátil
  - d. Equipo para intubación orotraqueal.
  - e. Equipo de solución intravenosa
  - f. Medicamentos para manejo de emergencias cardiovasculares
3. La Sala de Emergencia tiene disponible Equipo de Protección Personal para el manejo de todos los pacientes:
  - a. Guantes desechables
  - b. Mascarillas quirúrgicas
  - c. Batas desechables
  - d. Protectores de Ojos
  - g. Protectores de cara (Facial Shields)
  - e. Respiradores de Partícula N-95
4. Todo el personal médico y de enfermería este certificado en ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support).
7. Pacientes en Crisis de salud: Inmediatamente se reciba un paciente que presente dificultad respiratoria o alteraciones en sus signos vitales, relacionado con posible contacto de COVID-19. Se procederá con lo siguiente:
  - a. Administración de oxígeno vía cánula nada a 4 lbs/min con humidificador.
  - b. Canalización de vena periferia con .9% Nss para manejar vena abierta.

- c. Monitoreo de oximetría continua.
  - d. Monitoreo de signos vitales continuo.
  - e. De ser necesario el paciente deberá ser intubado vía naso traqueal.
  - f. Se coordinará el traslado una institución hospitalaria de la comunidad para el manejo de pacientes críticos.
  - g. El paciente deberá ir acompañado del médico que coordinar el traslado.
8. El personal utilizará el Equipo de Protección Personal en todo momento.



## **GUÍAS DE PREVENCIÓN Y MANEJO DE CORONAVIRUS EN LAS INSTITUCIONES JUVENILES**

---

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y otras autoridades sanitarias señalan una incidencia bajo el 1% de menores de 12 años. Los datos reportados registran una franja etaria que va desde los cero a los nueve años los casos registrados no superan el 1%, con una mortalidad de 0%. Esta guía incluye las medias de prevención y manejo que serán aplicadas como respuesta a la crisis confrontada a nivel mundial por el Coronavirus 2019 (COVID-19) en las Instituciones Juveniles del Departamento de Rehabilitación y Corrección.

### **A. Medidas de Prevención y Control. Estas medidas serán requeridas para todo el personal de salud y seguridad.**

1. Todo el personal deberá ser adiestrado sobre la prevención y manejo de pacientes infectados con COVID-19.
2. Lavados de manos con agua y jabón o Hand Sanitizers, con 60% de alcohol.
3. Durante el manejo de los transgresores se deberá utilizar en todo momento las medidas universales recomendado por el CDC.
4. No contacto físico con otras personas, esto incluye No saludos de apretón de mano, abrazos o besos, todo el personal deberá limitarse a un saludo verbal o utilizando los codos.
5. Si tiene contacto con cualquier otra persona, incluyendo un saludo (apretón de manos) no deberá tocarse la cara, ojo, boca y nariz, sin haberse lavado primero las mano o realizar limpieza de estas con Hand Sanitizers.
6. Si presenta síntomas relacionados con una condición respiratoria, deberá notificar inmediatamente a la Oficina de Recursos Humanos de su institución para las recomendaciones correspondientes.
7. Limpiar y desinfectar las superficies con frecuencia

**B. Lavado de manos: Lavarse las manos es una de las mejores formas de protegerse y de proteger a otros. Deberá lavarse las manos:**

1. Antes, durante y después de preparar alimentos
2. Antes de comer
3. Antes y después de cuidar a alguien que tenga vómitos o diarrea
4. Antes y después de tratar una cortadura o una herida
5. Después de ir al baño
6. Después de sacudirse la nariz, toser o estornudar
7. Después de tocar a un animal, alimento para animales o excrementos de animales
8. Después de manipular alimentos o golosinas para mascotas
9. Después de tocar la basura

**LOS CINCO PASOS PARA LAVARSE LAS MANOS DE LA FORMA CORRECTA**

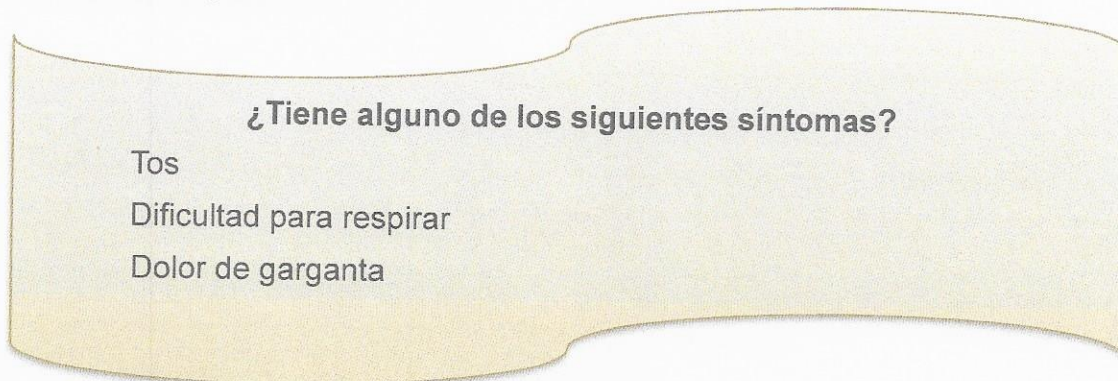
**Pasos Para Seguir:** Lavarse las manos es fácil, y es una de las formas más eficaces de prevenir la propagación de microbios. Las manos limpias pueden detener la propagación de los microbios de una persona a otra. Siga siempre estos cinco pasos:

6. **Mójese** las manos con agua corriente limpia (tibia o fría), cierre el grifo y enjabónese las manos.
7. **Frótese** las manos con el jabón hasta que haga espuma. Frótese la espuma por el dorso de las manos, entre los dedos y debajo de las uñas.
8. **Restriéguese** las manos durante al menos 20 segundos.
9. **Enjuáguese** bien las manos con agua corriente limpia.
10. **Séqueselas** con una toalla limpia o al aire.

**C. Medidas de cotejo de entrada**


- A. Todo personal de seguridad, civil y área médica deberá ser evaluado para autorización de entrada a su área de trabajo.
- B. En los días que los empleados están programados para trabajar, en las facilidades se medirá la temperatura y evaluarán los síntomas antes de comenzar a trabajar.
- C. El Gerente de la institución con el personal de enfermería establecerá los puntos de monitoreo identificando las áreas de cotejo del personal incluyendo el registro de temperatura

- D. No se permitirá el acceso al área de trabajo a empleados que presenten fiebre y síntomas respiratorios, como tos, dificultad para respirar, dolor de garganta durante el período de control de la temperatura.
- E. El Departamento de Corrección y Rehabilitación y Physician Correctional mantendrá comunicación con el empleado para ser instruido de las medidas que deberá tomar antes de reintegrarse a su área de trabajo.
- F. **Se requerirá autorización médica que certifique que el empleado está apto para reincorporarse en el trabajo.**
- G. **El personal de enfermería o profesional de salud que participe del Cernimiento de cotejo de temperaturas en los "Site" o Puntos de entrada al área de trabajo utilizará el equipo de protección personal según recomendaciones de las guías de prevención.**
- H. Al llegar al "site" o punto de entrada del área de trabajo, todos los empleados tendrán que tomarse la temperatura.
- I. Todo personal que presente temperatura  $>100.4^{\circ}$  F ( $38.0^{\circ}$  C), deberá con estar las siguientes preguntas:



- J. Si el empleado muestra fiebre y cualquiera de los síntomas descritos anteriormente, debe abandonar el lugar de trabajo.
- K. Se informará al empleado que acuda a su médico de cuidado primario (PCP) y notificar a su supervisor inmediato.
- L. El empleado podrá regresar a su lugar de trabajo después de una autorización médica documentada.
- M. Si el empleado no presenta ninguno de los signos o síntomas anteriores, podrá entrar a su lugar de trabajo.

- N. Los empleados se reportarán a su lugar de trabajo con la debida certificación de cotejo de emergencia, que debiera ser entregada en la entrada a la institución.
- O. Diariamente el Oficial de Control de Acceso entrega las boletas al Gerente del Centro para su tabulación y análisis. Se mantendra un registro de todas las revisiones de cotejo para entrada.



**Physician  
Correctional**

**Certificación de Cotejo ante la emergencia provocada por el COVID-19**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Institución: \_\_\_\_\_ Hora : \_\_\_\_\_  
 Departamento: \_\_\_\_\_

Se Autoriza la entrada a laborar.

No se autoriza la entrada al área de trabajo deberá asistir a su Médico de cabecera y traer una certificación medica donde indique que este apto para reincorporarse a laborar

\_\_\_\_\_  
 Firma de Profesional                      Núm. Lic.                      Nombre en letra de Molde

- P. Como parte del proceso todos los empleados recibirán una boleta de educación con información sobre el NPI para controlar el Coronavirus.



**Physician  
Correctional**

**Guías de Salud e Higiene para los Empleados**

1. Usar el interior del codo flexionado o un pañuelo desechable al estornudar o toser
2. Lavarse las manos con frecuencia, incluso después de toser, estornudar y tocar superficies tocadas por otras personas
3. Evitar el contacto mano a boca y de mano a nariz
4. Evitar el contacto cercano con cualquier persona que muestre síntomas
5. Recibir vacunas contra la gripe para minimizar la confusión de los síntomas

#### **D. Manejo**

1. Los menores transgresores serán ingresados en los Centro de Observación y Celdas de admisión disponibles en los dos centros de tratamiento social de Ponce y Villalba, para evaluación de signos y síntomas de infección por COVID-19.
2. Todo caso sospechoso deberá ser notificado a la Gerente de Control de Infecciones.
3. El personal deberá minimizar el contacto con de los menores transgresores.
4. Casos con sospecha deben utilizar mascarillas quirúrgicas hasta que sean transportados a una institución hospitalaria para ser ubicados en aislamiento respiratorio hasta que se descarte el diagnóstico o se conozca otro diagnóstico alterno del paciente
5. El traslado del menor trasgresor a una institución hospitalaria debe realizarse utilizando mascarillas quirúrgicas para evitar la dispersión de secreciones.

## Aprobación

---

Este documento constituye la posición normativa de *Physician Correctional, Inc.* como Administrador del Programa de Salud Correccional y principal Autoridad en los Servicios de Salud Ofrecidos a la población correccional.

Preparado por:



**Rosa M Rivera Negrón, MSe**

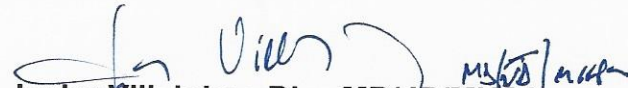
Gerente de Control de Infecciones



**Luis Felipe Ortiz Figueroa, RN/MSN, MPH, ASQC, CCS, DBA ©**

Director Oficina de Calidad

Aprobado por:



**Javier Villalobos Diaz MD/JD/MHSA**

CEO – Chief Executive Officer

**Raúl Villalobos Diaz, MD**

Governance Body Chair Person

Fecha: 30 de marzo de 2020

## REFERENCIAS

---

Centers for Disease Control and Prevention (2020).  
<https://www.cdc.gov/coronavirus/index.html>

Organización Mundial de la Salud (2020)  
[HTTPS://WWW.WHO.INT/CSR/DISEASE/CORONAVIRUS\\_INFECTIONS/ES/](https://www.who.int/CSR/DISEASE/CORONAVIRUS_INFECTIONS/ES/)

Departamento de Salud de Puerto Rico  
[Www.Salud.Gov.Pr](http://www.Salud.Gov.Pr)

Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)  
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>

Organización Mundial de la Salud (OMS).  
[www.who.int](http://www.who.int)

US Department of Health and Human Services (HHS)  
[www.hhs.gov](http://www.hhs.gov)

CDC. Respiratory hygiene and cough etiquette  
[www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/resphygiene.htm](http://www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/resphygiene.htm)

CDC. Guidelines for isolation precautions in hospitals  
[www.cdc.gov/ncidid/hip/isolat/isolat.htm](http://www.cdc.gov/ncidid/hip/isolat/isolat.htm)

Environmental infection control guidelines  
[www.cdc.gov/ncidid/enviro/guide.htm](http://www.cdc.gov/ncidid/enviro/guide.htm)

## ANEJOS





**INFORME CONFIDENCIAL ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**

DS-2  
01/03

**CATEGORIA I: INFORME INDIVIDUAL DE CASOS**

<b>NOMBRE DEL PACIENTE</b>				
<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>TELEFONO</b>
<b>DIRECCION FISICA</b>				
<b>NOMBRE DE LOS PADRES</b>				
<b>OCUPACION Y LUGAR DE TRABAJO O ESCUELA</b>				
<b>ENFERMEDAD</b>			<b>FECHA DE COMIENZO DE SINTOMAS</b>	
<b>RESULTADOS DE LABORATORIO (CULTIVO, SEROLOGIA, ETC.)</b>			<b>HOSPITAL</b>	
<b>FECHA DE ADMISION</b>			<b>FECHA DE ALTA</b>	

\_\_\_\_\_  
**INFORMANTE**

\_\_\_\_\_  
**POSICION**

\_\_\_\_\_  
**TELEFONO**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DE LA FACILIDAD Y DIRECCION FISICA**

\_\_\_\_\_  
**FECHA DE INFORME**

LA LEY DEL 14 DE MAYO DE 1912, ENMIENDADA EL 7 DE MAYO DE 1935, REGLAMENTA LA PREVENCION DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y SU PROPAGACION. LA SECCION 350-1504 DE DICHA LEY ESTABLECE EL MODO DE HACER LA NOTIFICACION DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES AL DEPARTAMENTO DE SALUD. LA MISMA INDICA QUE DEBERA REALIZARSE EN LOS CASOS DE MAYOR VIRULENCIA, PERSONALMENTE, POR TELEFONO, CON CARGOS AL DEPARTAMENTO DE SALUD Y ADEMAS POR ESCRITO; SIEMPRE UTILIZANDO LAS HOJAS SUMINISTRADAS POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD. EN DICHA COMUNICACION SE HARA CONSTAR LOS SIGUIENTES DATOS: ENFERMEDAD, NOMBRE DEL PACIENTE, DIRECCION RESIDENCIAL, NUMERO DE TELEFONO, SEXO, EDAD, FECHA DE NOTIFICACION, PERSONA QUE NOTIFICA, DIRECCION Y NUMERO TELEFONICO DE ESTA ULTIMA.

ENVIAR AL PROGRAMA DE EPIDEMIOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

.....PATIENT IDENTIFIER INFORMATION IS NOT TRANSMITTED TO CDC.....

Patient first name \_\_\_\_\_ Patient last name \_\_\_\_\_ Date of birth (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

.....PATIENT IDENTIFIER INFORMATION IS NOT TRANSMITTED TO CDC.....



### Human Infection with 2019 Novel Coronavirus Person Under Investigation (PUI) and Case Report Form

Reporting jurisdiction: \_\_\_\_\_ Case state/local ID: \_\_\_\_\_  
Reporting health department: \_\_\_\_\_ CDC 2019-nCoV ID: \_\_\_\_\_  
Contact ID <sup>a</sup>: \_\_\_\_\_ NNDSS loc. rec. ID/Case ID <sup>b</sup>: \_\_\_\_\_

a. Only complete if case-patient is a known contact of prior source case-patient. Assign Contact ID using CDC 2019-nCoV ID and sequential contact ID, e.g., Confirmed case CA102034567 has contacts CA102034567 -01 and CA102034567 -02. <sup>b</sup>For NNDSS reporters, use GenV2 or NETSS patient identifier.

#### Interviewer information

Name of interviewer: Last \_\_\_\_\_ First \_\_\_\_\_

Affiliation/Organization: \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

#### Basic information

What is the current status of this person? <input type="checkbox"/> Patient under investigation (PUI) <input type="checkbox"/> Laboratory-confirmed case  Report date of PUI to CDC (MM/DD/YYYY): _____  Report date of case to CDC (MM/DD/YYYY): _____  County of residence: _____ State of residence: _____		Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Not specified  Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Other		Date of first positive specimen collection (MM/DD/YYYY): ____/____/____ <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> N/A  Did the patient develop pneumonia? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> No  Did the patient have acute respiratory distress syndrome? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> No  Did the patient have another diagnosis/etiology for their illness? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> No  Did the patient have an abnormal chest X-ray? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> No		Was the patient hospitalized? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown  If yes, admission date 1 ____/____/____ (MM/DD/YYYY) If yes, discharge date 1 ____/____/____ (MM/DD/YYYY)  Was the patient admitted to an intensive care unit (ICU)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown  Did the patient receive mechanical ventilation (MV)/intubation? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown If yes, total days with MV (days) _____  Did the patient receive ECMO? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown  Did the patient die as a result of this illness? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown  Date of death (MM/DD/YYYY): ____/____/____ <input type="checkbox"/> Unknown date of death	
Race (check all that apply): <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Other, specify: _____				Date of birth (MM/DD/YYYY): ____/____/____ Age: _____ Age units(yr/mo/day): _____			
Symptoms present during course of illness: <input type="checkbox"/> Symptomatic <input type="checkbox"/> Asymptomatic <input type="checkbox"/> Unknown		If symptomatic, onset date (MM/DD/YYYY): ____/____/____ <input type="checkbox"/> Unknown		If symptomatic, date of symptom resolution (MM/DD/YYYY): ____/____/____ <input type="checkbox"/> Still symptomatic <input type="checkbox"/> Unknown symptom status <input type="checkbox"/> Symptoms resolved, unknown date			
Is the patient a health care worker in the United States? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown Does the patient have a history of being in a healthcare facility (as a patient, worker or visitor) in China? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown In the 14 days prior to illness onset, did the patient have any of the following exposures (check all that apply): <input type="checkbox"/> Travel to Wuhan <input type="checkbox"/> Community contact with another lab-confirmed COVID-19 case-patient <input type="checkbox"/> Exposure to a cluster of patients with severe acute lower respiratory distress of unknown etiology <input type="checkbox"/> Travel to Hubei <input type="checkbox"/> Any healthcare contact with another lab-confirmed COVID-19 case-patient <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Visitor <input type="checkbox"/> HCW <input type="checkbox"/> Other, specify: _____ <input type="checkbox"/> Travel to mainland China <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Visitor <input type="checkbox"/> HCW <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Travel to other non-US country specify: _____ <input type="checkbox"/> Household contact with another lab-confirmed COVID-19 case-patient <input type="checkbox"/> Animal exposure							
If the patient had contact with another COVID-19 case, was this person a U.S. case? <input type="checkbox"/> Yes, nCoV ID of source case: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> N/A							
Under what process was the PUI or case first identified? (check all that apply): <input type="checkbox"/> Clinical evaluation leading to PUI determination <input type="checkbox"/> Contact tracing of case patient <input type="checkbox"/> Routine surveillance <input type="checkbox"/> EpiX notification of travelers; if checked, DGMQID _____ <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Other, specify: _____							

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 30 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74 Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1011).



CDC 2019-nCoV ID:

Form Approved: OMB: 0920-1011 Exp. 4/23/2020

## Human Infection with 2019 Novel Coronavirus Person Under Investigation (PUI) and Case Report Form

Symptoms, clinical course, past medical history and social history

Collected from (check all that apply):  Patient interview  Medical record review

During this illness, did the patient experience any of the following symptoms?	Symptom Present?		
Fever >100.4F (38C) <sup>c</sup>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unk
Subjective fever (felt feverish)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unk
Chills	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unk
Muscle aches (myalgia)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unk
Runny nose (rhinorrhea)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unk
Sore throat	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unk
Cough (new onset or worsening of chronic cough)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unk
Shortness of breath (dyspnea)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unk
Nausea or vomiting	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unk
Headache	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unk
Abdominal pain	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unk
Diarrhea (≥3 loose/looser than normal stools/24hr period)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unk
Other, specify: _____			

Pre-existing medical conditions?  Yes  No  Unknown

Chronic Lung Disease (asthma/emphysema/COPD)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown	
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown	
Cardiovascular disease	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown	
Chronic Renal disease	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown	
Chronic Liver disease	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown	
Immunocompromised Condition	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown	
Neurologic/neurodevelopmental	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown	(If YES, specify) _____
Other chronic diseases	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown	(If YES, specify) _____
If female, currently pregnant	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown	
Current smoker	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown	
Former smoker	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown	

### Respiratory Diagnostic Testing

Test	Pos	Neg	Pend.	Not done
Influenza rapid Ag <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Influenza PCR <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RSV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. metapneumovirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parainfluenza (1-4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adenovirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhinovirus/enterovirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coronavirus (OC43, 229E, HKU1, NL63)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. pneumoniae	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. pneumoniae	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other, Specify: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Specimens for COVID-19 Testing

Specimen Type	Specimen ID	Date Collected	Sent to CDC	State Lab Tested
NP Swab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OP Swab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sputum			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other, Specify: _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Additional State/local Specimen IDs: \_\_\_\_\_

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 30 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74 Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1011).



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud  
Oficina de Epidemiología e Investigación

Oficina de Epidemiología e Investigación  
PO Box 70184, San Juan, PR, 00936-8184  
Vigilancia Epidemiológica Coronavirus  
2019 nCoV

NOMBRE	POSICIÓN	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
<b>Nivel Central</b>			
Carmen Deseda	Epidemióloga del Estado/Directora de la OEI	787-765-2929 Ext. 3551	carmen.deseda@salud.pr.gov
Carmen J. Rodríguez Caquiás	Epidemióloga RSV y Enfermedades prevenibles por vacuna/ Consultoría de viajero internacional	765-2929 Ext. 3557 787-692-6276 787-225-2568	crodriguez@salud.pr.gov
Maritza Cruz Cortés	Coordinadora de enfermedades transmisibles por alimentos y agua	787-765-2929 Ext.3661 787-223-6420	marcruz@salud.pr.gov
Karina González	Coordinadora de Influenza	787-765-2929 Ext. 3565	karina.gonzalez@salud.pr.gov
Norma Díaz Paris	Coordinadora de infecciones adquiridas en hospital (HAI)	765-2929 Ext. 3832 787-692-6230	nodiaz@salud.gov.pr
Melissa Bello	Coordinadora de vigilancia -Bioseguridad	Cel: 787-692-6179	mbello@salud.gov.pr

<b>Oficinas Regionales</b>			
<b>REGIÓN ARECIBO</b>			
Juan Méndez	Epidemiólogo	Cel. 787-692-6273 787-765-2929 Exts. 6356, 6357 787-880-5538 fax	jmendez@salud.gov.pr
<b>REGIÓN BAYAMÓN</b>			
Yashira Maldonado	Epidemióloga	787-765-2929 Ext. 3754 787-692-6284 Fax: 787-995-0123	ymaldonado@salud.pr.gov
Wanda Díaz	Enfermera	787-765-2929 Ext. 3754 Fax: 787-995-0123	wediaz@salud.gov.pr
<b>REGIÓN CAGUAS</b>			
Jazmin Román	Epidemióloga	(787) 765- 2929 Ext. 4336 Cel. 787-692-6205	jroman@salud.pr.gov
Carmen Valentín	Enfermera	(787) 765- 2929 Ext. 4336 Fax: 787-744-1748	cevalentin@salud.gov.pr
<b>REGIÓN FAJARDO</b>			
Edna I. Ponce	Epidemióloga	Cel. 787-692-6275 (787) 765-2929 Ext.3554 Fax: 787-863- 2841	eponce@salud.gov.pr
<b>REGIÓN MAYAGÜEZ</b>			
Suheiry Cruz Medina	Epidemióloga regional	787-832-3640 / 831-0262, Fax: 787-834-0095 Cel. 787-692-6195	suheiry.cruz@salud.pr.gov
Víctor M. Rodríguez Santiago	Enfermería Reg. & Leptospirosis	787-832-3640/831-0262, Fax: 787-834-0095	victorm.rodriguez@salud.pr.gov
<b>Sub-Región Aguadilla</b>			
Noelia Estevez Pérez	Supervisora de Enfermería	787-882-9092 Fax: 787-891-2045	nestevez@salud.pr.gov
<b>REGIÓN METRO</b>			
Gilbert Encarnación Cortés	Epidemiólogo	787-765-2929 Ext. 4683 787-692-6179	gilbert.encarnacion@salud.pr.gov
Pilar Torres Rodríguez	Enfermera	787-765-2929 X 4683	ptorres@salud.gov.pr
<b>REGIÓN PONCE</b>			
María Ramos Zapata	Epidemióloga	787-765-2929 ext. 5705 Cel. 787-692-6272 Fax 787-841-4555	maramos@salud.gov.pr
Damarys Velázquez Echevarría	Enfermera	787-765-2929 ext. 5705	davelazquez@salud.gov.pr

**CDC SPECIMEN SUBMISSION FORM: SPECIMENS OF HUMAN ORIGIN**

**Patient Name:**

Last First

**AND/OR Original Patient ID:**

**AND/OR SPHL Specimen ID:**

**PATIENT HISTORY**

**BRIEF CLINICAL SUMMARY** (Include signs, symptoms, and underlying illnesses if known)

**STATE OF ILLNESS**

- Symptomatic
- Asymptomatic
- Acute
- Chronic
- Convalescent
- Recovered

**TYPE OF INFECTION**

- Upper respiratory
- Lower respiratory
- Cardiovascular
- Gastrointestinal
- Genital
- Urinary tract
- Other, specify
- Sepsis
- Central nervous system
- Skin/soft tissue
- Ocular
- Joint/bone
- Disseminated

**THERAPEUTIC AGENT(S) DURING ILLNESS**

Agent	Start Date	End Date
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MM/DD/YYYY MM/DD/YYYY

**EPIDEMIOLOGICAL DATA**

**EXTENT**

- Isolated Case
- Carrier
- Contact
- Outbreak
  - Family
  - Community
  - Healthcare-associated
  - Epidemic

**TRAVEL HISTORY**

Travel:  Dates of Travel:  to   
MM/DD/YYYY MM/DD/YYYY

**Travel: Foreign** (Countries) **Travel: United States** (States)

**Foreign Residence** (Country) **United States Residence** (State)

Note: Additional states or countries of residence or travel should be entered in the Brief Clinical Summary field.

**EXPOSURE HISTORY**

**Animal** Exposure:  Date of Exposure:   
MM/DD/YYYY

Type of Exposure:

Common name:   
 Scientific name:

**Arthropod** Exposure:

Common name:   
 Scientific name:

**RELEVANT IMMUNIZATION HISTORY**

Immunization(s)	Date Received
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>

MM/DD/YYYY

**PREVIOUS LABORATORY RESULTS** (Or attach copy of test results or worksheet)

**COMMENTS**

**CDC USE ONLY**

Barcode 2

Barcode 3

The Centers for Disease Control and Prevention (CDC), an agency of the Department of Health and Human Services, is authorized to collect this information, including the Social Security number (if applicable), under provisions of the Public Health Service Act, Section 301 (42 U.S.C. 241). Supplying the information is voluntary and there is no penalty for not providing it. The data will be used to increase understanding of disease patterns, develop prevention and control programs, and communicate new knowledge to the health community. Data will become part of CDC Privacy Act system 09-20-0106, "Specimen Handling for Testing and Related Data" and may be disclosed to appropriate State or local public health departments and cooperating medical authorities to deal with conditions of public health significance; to private contractors assisting CDC in analyzing and refining records; to researchers under certain limited circumstances to conduct further investigations; to organizations to carry out audits and reviews on behalf of HHS; to the Department of Justice in the event of litigation, and to a congressional office assisting individuals in obtaining their records. An accounting of the disclosures that have been made by CDC will be made available to the subject individual upon request. Except for permissible disclosures expressly authorized by the Privacy Act, no other disclosure may be made without the subject individual's written consent.

Please refer to the CDC Infectious Diseases Laboratories Test Directory for information on specimen requirements. CDC must maintain and document specific acceptance criteria to perform laboratory tests on samples obtained from humans pursuant to the Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA) and accompanying regulations: 42 U.S.C. § 263a; 42 C.F.R. § 493.1241. Samples transferred to the CDC for testing or any other purpose will become the legal property of the agency unless otherwise agreed upon in writing. Samples will not be returned to the submitting entity.

Select the Specimen Origin to Begin the Form

CDC SPECIMEN SUBMISSION FORM: SPECIMENS OF HUMAN ORIGIN

LABORATORY EXAMINATION REQUESTED

Test order name:

Test order code:

Suspected Agent:

Date sent to CDC:   
MMDD/YYYY

At CDC, bring to the attention of:

PATIENT INFORMATION

Patient Name:      
Last First MI Suffix

Birth date:  Case ID:   
MMDD/YYYY

Sex:  Age:  Age Units:

Clinical Diagnosis:

Date of onset:  Pregnancy Status:   
MMDD/YYYY

Fatal:  Date of Death:   
MMDD/YYYY

STATE PHL / NEW YORK CITY DEPARTMENT OF HEALTH & MENTAL HYGIENE / FEDERAL AGENCY / INTERNATIONAL INSTITUTION / PEACE CORPS

Name: (Laboratory Director or designee)       
Prefix Last First MI Suffix Degree

Institution name:

Street address:

Line 1

Line 2

City  ZIP Postal Code

State  Country

Fax:       
Country Code Area Code Local Number (e.g. 6390000) Institutional e-mail

Point of Contact: (Person to be contacted if there is a question regarding this order)       
Prefix Last First MI Suffix Degree

Phone:       
Country Code Area Code Local Number (e.g. 6390000) POC e-mail

Patient ID:  Alternative Patient ID:

Specimen ID:  Alternative Specimen ID:

ORIGINAL SUBMITTER (Organization that originally submitted specimen for testing)

Name: (Laboratory Director or designee)       
Prefix Last First MI Suffix Degree

Institution name:

Street address:

Line 1

Line 2

City  ZIP Postal Code

State  Country

Fax:       
Country Code Area Code Local Number (e.g. 6390000) Institutional e-mail

Point of Contact: (Person to be contacted if there is a question regarding this order)       
Prefix Last First MI Suffix Degree

Phone:       
Country Code Area Code Local Number (e.g. 6390000) POC e-mail

Patient ID:  Alternative Patient ID:

Specimen ID:  Alternative Specimen ID:

INTERMEDIATE SUBMITTER (Complete if specimen is submitted to SPHL through an intermediate agency)

Name: (Laboratory Director or designee)       
Prefix Last First MI Suffix Degree

Institution name:

Street address:

Line 1

Line 2

City  ZIP Postal Code

State  Country

Fax:       
Country Code Area Code Local Number (e.g. 6390000) Institutional e-mail

Point of Contact: (Person to be contacted if there is a question regarding this order)       
Prefix Last First MI Suffix Degree

Phone:       
Country Code Area Code Local Number (e.g. 6390000) POC e-mail

Patient ID:  Alternative Patient ID:

Specimen ID:  Alternative Specimen ID:

SPECIMEN INFORMATION

Specimen collected date:  Time:   
MMDD/YYYY hh:mm:ss

Material Submitted:

Specimen source (type):

Specimen source modifier:

Specimen source site:

Specimen source site modifier:

Collection method:

Treatment of specimen:

Transport medium/Specimen preservative:

Specimen handling:

CDC USE ONLY

Package ID#:

Delivered to Unit #:

Opened By:

Unit Specimen ID#:

Date received at CDC:  /  /

Date received at STAT:  /  /

Date received in testing lab:  /  /  Time:

CDC Specimen Identification label

Barcode 1

Condition	STAT Laboratory	Testing Laboratory
Outer Package		
Specimen Container		
Specimen		