

ANEJO 1 Manejo de Casos

La persona designada en la unidad académica será responsable de mantener un registro de los casos positivos de COVID-19.

En caso de que el personal o el estudiante arroje positivo a una prueba molecular o de antígenos, lo deberá notificar al supervisor inmediato (personal) o a la persona designada (estudiantes y visitantes) para revisar el registro de asistencia y determinar contacto con otras personas. Basada en la información obtenida, se establecerá comunicación con las personas que pudieron haber tenido una exposición con el caso para indicar los próximos pasos a seguir.

PROTOCOLO DE MANEJO DE CASOS

A continuación, se presentan las guías a seguir para el manejo de casos identificados en la Universidad Interamericana.

A. Caso probable

1. Un caso probable se refiere a persona que presenta síntomas de COVID-19 pero aún no tiene una confirmación de una prueba molecular (PCR) positiva.
2. Si presenta algún síntoma en las instalaciones de la unidad académica, debe comunicarse a la mayor brevedad con el supervisor inmediato (personal docente y no docente) o persona designada (estudiantes y visitantes), para recibir indicaciones de los pasos a seguir.
3. El estudiante que presente síntomas durante el periodo de clase, informará al profesor, quien lo excusará de la sala de clases presencial (el estudiante deberá retirarse inmediatamente de la Universidad) e informará, de forma confidencial, al Decanato de Estudiantes.
4. Debe contactar a su proveedor de salud para coordinar una prueba PCR.
5. Una vez obtenga los resultados de la prueba PCR, debe reportarlos inmediatamente a la persona designada en la unidad académica.
 - De arrojar negativo en la prueba molecular PCR, puede regresar a la Universidad.
 - De arrojar positivo en la prueba molecular, el individuo se considerará una persona confirmada. Referirse a la sección *B. Caso confirmado* a continuación, para las indicaciones correspondientes.

B. Caso confirmado

Un caso confirmado se refiere a una persona que cumple con evidencia confirmatoria de laboratorio a través de la prueba molecular (PCR). Debe comunicarse con el supervisor inmediato o persona designada referente a la documentación que se deberá completar.

1. Si el personal/estudiante es positivo asintomático:

Permanecerá cinco (5) días en aislamiento, entendiéndose mantenerse en su hogar, alejado de otros, a partir del resultado positivo de la prueba del COVID-19. Regresará al trabajo o al salón de clases, según sea el caso, a partir del sexto día. Se requerirá el uso de la mascarilla en todo momento. No requiere presentar un resultado negativo de la prueba del COVID-19.

2. Si el personal/estudiante es positivo sintomático:

Permanecerá siete (7) días en aislamiento, entendiéndose mantenerse en su hogar, alejado de otros, a partir del resultado positivo de la prueba del COVID-19. Podrá regresar al lugar de trabajo o al salón de clases, según sea el caso, a partir del octavo día, siempre y cuando los síntomas sean leves. Se requerirá el uso de la mascarilla en todo momento. No requiere presentar un resultado negativo de la prueba del Covid-19. De ser graves los síntomas, la persona no podrá regresar al trabajo o al salón de clase, hasta que una orden médica disponga lo contrario.

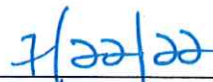
C. Caso expuesto en la Universidad

Se refiere a personas que tuvieron contacto cercano con un caso positivo de COVID-19 en las instalaciones de la Universidad.

- a. Si no tiene síntomas puede continuar asistiendo a la Universidad, manteniendo su mascarilla puesta y el distanciamiento físico hasta el 5to día desde la exposición.
- b. Realizar una prueba molecular (PCR) al 5to día luego de la exposición.
 1. De arrojar positivo, se activa el protocolo de caso confirmado.
 2. De arrojar negativo, puede regresar a la Universidad con la evidencia correspondiente.



Rafael Ramírez Rivera, Ed.D.
Presidente Interino



Fecha (D-M-A)

ANEJO II Rastreo de Personal

INSTRUCCIONES

En caso de advenir conocimiento de un empleado con un resultado positivo confirmado, con síntomas o en riesgo de exposición al COVID-19, el supervisor de la oficina realizará un rastreo de contactos completando este formulario. Luego remitirá a la oficina de Recursos Humanos el formulario completado. En caso que se identifique algún empleado de otra área que tuvo exposición al COVID-19, la oficina de Recursos Humanos continuará con el proceso de rastreo.

RASTREO DE EXPOSICIÓN						
NOMBRE DEL EMPLEADO CONTAGIADO O CON SINTOMAS DE COVID-19	FECHA DE EXPOSICIÓN	HORA DE EXPOSICIÓN				
El supervisor de un empleado contagiado o con síntoma de COVID-19 iniciará lo antes posible el rastreo de contactos notificando a las personas expuestas, sin revelar la identidad del empleado.						
LUGAR DE EXPOSICIÓN						
ÁREAS VISITADAS POR EL EMPLEADO:						
CON QUIEN HA ESTADO EN CONTACTO:	¿LA EXPOSICIÓN FUE MENOR A 6' PIES?	¿EL CONTACTO FUE MAYOR A 15 MINUTOS?	¿PRESENTA SINTOMAS DE COVID-19?			
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
<i>Si contesto sí a una de las tres preguntas, deberá seguir el protocolo, según aplique.</i>						
1	3	5	11	12	14	21
Período de Incubación		Momento para Prueba (PCR)		Momento para Prueba De Antígeno		No (PCR)
DESCRIBA LOS SÍNTOMAS						
<input type="checkbox"/> TOS SECA <input type="checkbox"/> DIFICULTAD RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> FIEBRE <input type="checkbox"/> ESCALOFRIOS <input type="checkbox"/> PRESIÓN EN EL PECHO <input type="checkbox"/> CONGESTIÓN / GOTEJO NASAL <input type="checkbox"/> DOLOR MUSCULAR <input type="checkbox"/> DOLOR DE CABEZA <input type="checkbox"/> DOLOR DE GARGANTA <input type="checkbox"/> PERDIDA DEL GUSTO <input type="checkbox"/> PERDIDA DEL OLFATO <input type="checkbox"/> VOMITOS / NÁUSEAS <input type="checkbox"/> DIARREA						
TIPO DE PRUEBA REALIZADA	<input type="checkbox"/> MOLECULAR (PCR)		<input type="checkbox"/> ANTÍGENO		FECHA:	
Nombre del supervisor:						
Firma del supervisor:					FECHA:	