



“AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD”

## **DIRECTIVA N° 08 -2020-COMGEN/SUBCOMGEN-PNP**

[RCG N°241- 2020-CGPNP/SCG-EMG. 17JUL2020.

### **“LINEAMIENTOS PARA EL PROCESO DE ATENCIÓN, SEGUIMIENTO, ALTA Y REINCORPORACIÓN DEL PERSONAL DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ EN CASOS SOSPECHOSOS O CONFIRMADOS PARA COVID - 19”**

#### **I. OBJETO**

Establecer los actos de administración interna que garanticen la prevención, información, tratamiento, alta clínica y reincorporación del personal policial en caso sospechoso o caso confirmado por el COVID-19.

#### **II. FINALIDAD**

- 2.1 Mejorar el proceso de atención de salud, seguimiento y aislamiento del personal policial en caso sospechoso o caso confirmado de COVID-19.
- 2.2 Optimizar la gestión de la información del personal policial en caso sospechoso o caso confirmado de COVID-19 desde su diagnóstico hasta la alta médica.
- 2.3 Mejorar la comunicación a los familiares sobre el estado de salud de los pacientes hospitalizados por COVID-19.
- 2.4 Establecer los plazos para la reincorporación del personal confirmado por COVID-19.

#### **III. ALCANCE**

Es de aplicación y cumplimiento obligatorio para todo el personal de la Policía Nacional del Perú, en situación de actividad.

#### **IV. RESPONSABILIDADES**

- 4.1 La Inspectoría General de la Policía Nacional del Perú, es la encargada de controlar y supervisar el cumplimiento de la presente Directiva.
- 4.2 La Dirección de Sanidad Policial, es la responsable de cumplir y supervisar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente Directiva, en el marco del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del personal policial afectado por COVID-19.
- 4.3 Los demás órganos y unidades orgánicas de la Policía Nacional del Perú son responsables de cumplir y supervisar del cumplimiento de las disposiciones de la presente Directiva en el ámbito de sus respectivas competencias.

## V. BASE LEGAL

- 5.1 Constitución Política del Perú.
- 5.2 Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- 5.3 Ley N° 30895, Ley que fortalece las Función Rectora del Ministerio de Salud.
- 5.4 Decreto de Urgencia N° 025-2020 del 11MAR2020 que dicta medidas urgentes y excepcionales destinadas a reforzar el sistema de Vigilancia y Respuestas Sanitaria frente al COVID-19.
- 5.5 Decreto de Urgencia N° 026-2020 del 15MAR2020 que establece diversas medidas excepcionales y temporales para prevenir la propagación del COVID-19.
- 5.6 Decreto de Urgencia N° 027-2020 del 25MAR2020 que dicta medidas extraordinarias designadas a reforzar el Sistema de Vigilancia y Respuesta Sanitaria frente al COVID-19.
- 5.7 Decreto de Urgencia N° 032-2020 del 25MAR2020 que dicta medidas extraordinarias designadas a garantizar la respuesta sanitaria para la atención de la emergencia producida por el COVID-19.
- 5.8 Decreto Legislativo N° 1267, Ley de la Policía Nacional del Perú.
- 5.9 Decreto Supremo N° 026-2017-IN de 13OCT2017 que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1267, Ley de la Policía Nacional del Perú.
- 5.10 Decreto Supremo N° 008-2020-SA de 11MAR2020 que declara la Emergencia Sanitaria por el plazo de noventa días calendario y dicta medidas para la prevención y control para evitar la propagación del COVID-19.
- 5.11 Decreto Supremo N° 094-2020-PCM de 23MAY2020 que establece las medidas que debe observar la ciudadanía hacia una nueva convivencia social y prorroga el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del COVID-19.
- 5.12 Decreto Supremo N° 020-2020-SA de 04JUN2020 que prorroga la Emergencia Sanitaria declarada por Decreto Supremo N° 008-2020-SA.
- 5.13 Resolución Ministerial N° 145-2020-MINSA de 31MAR2020 que aprueba la Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad COVID-19 en el Perú.
- 5.14 Resolución Ministerial N° 193-2020/MINSA de 13ABR2020 que aprueba el Documento Técnico: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú.
- 5.15 Resolución Ministerial N° 306-2020-MINSA de 21MAY2020 que aprueba el Documento Técnico: Norma Técnica de Salud para la Adecuación de la Organización de los Servicios de Salud con énfasis en el Primer Nivel de Atención de Salud frente a la pandemia por COVID-19 en el Perú”.
- 5.16 Resolución Ministerial N° 429-2020-IN de 28MAY2020 que establece Protocolos de Prevención y Atención Médica para evitar el Contagio y Propagación del COVID-19 en el ejercicio de la función policial.



- 5.17** Resolución Ministerial N° 375-2020-MINSA de 09JUN2020 que aprueba el Documento Técnico: Manejo Ambulatorio de personas afectadas por COVID-19 en el Perú.
- 5.18** Resolución Ministerial N° 448-2020-MINSA de 30JUN2020 que aprueba el Documento Técnico: “Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de la Salud de los Trabajadores con Riesgo de Exposición a COVID-19” y deroga la RM N° 239-2020-MINSA de 28ABR2020, modificada por RM N° 265-2020-MINSA de 07MAY2020 y la RM N° 283-2020-MINSA de 13MAY2020.
- 5.19** Memorándum Múltiple N° 060-A-2020-CG PNP/SEC-EQUASINM del 05JUN2020.

## VI. DISPOSICIONES GENERALES

- 6.1** La protección de la salud y la vida del personal policial requiere de una respuesta coordinada y articulada por los órganos responsables en la Policía Nacional del Perú. En ese sentido el establecimiento de un marco administrativo que oriente la toma de decisiones del personal profesional médico de la DIRSAPOL y de los diferentes niveles de comando, constituye un instrumento de suma importancia para seguir afianzando las capacidades de prevención, respuesta y control, ante la transmisión de COVID-19 en la organización policial.
- 6.2** El Equipo de Trabajo de la Red de Seguridad del Personal PNP – COVID-19<sup>1</sup> [ETRSP PNP COVID-19] dependiente de la Sub Comandancia General de la Policía Nacional del Perú, tiene por encargo identificar y garantizar la atención temprana a las necesidades sanitarias del personal policial afectado a consecuencia de la pandemia COVID-19, a fin de evitar la falta de atención oportuna de los entes responsables. El personal PNP con aislamiento, seguimiento y alta, debe estar sujeto a un adecuado y riguroso registro de información en la organización policial, adecuándose a procedimientos claros, sencillos y coherentes que conlleven a una mejor administración y toma de decisiones.
- 6.3** La ALERTA EPIDEMIOLÓGICA CÓDIGO: AE-016- 2020. Alerta Epidemiológica ante la transmisión de COVID-19 en el Perú formulada por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Vice Ministerio de Salud Pública—Ministerio de Salud, establece en sus definiciones operativas sobre Vigilancia Epidemiológica: caso sospechoso, caso confirmado y caso descartado.
- 6.4** La Constancia de Alta es un documento médico administrativo, mediante el cual se acredita que el paciente atendido por caso sospechoso o confirmado de COVID-19 se encuentra en condiciones óptimas para el ejercicio de la función policial. El alta es clínica, no requiere de prueba molecular ni serológica para COVID-19.

<sup>1</sup> Creado mediante Resolución de la Comandancia General PNP N° 172-2020-CG/EMG de 17JUN2020.

**6.5** La Constancia de Alta la prescribe el Oficial de Servicios Médico de la PNP en situación de actividad o el profesional civil médico bajo cualquier régimen laboral, que realizan labores asistenciales en los servicios de hospitalización o consulta externa de las diferentes IPRESS PNP.

**6.6 Para el regreso o reincorporación al trabajo del personal PNP con Factores de Riesgo para COVID-19.-** Los Jefes de Unidad bajo responsabilidad, tendrán en cuenta para la reanudación del trabajo presencial de su personal integrante de los grupos de riesgo:

**6.6.1** La Información Clínica (antecedentes y/o informes médicos o data médica) debe ser valorada por el médico a cargo de la vigilancia de la salud para precisar el estado de la salud y riesgo laboral individual de cada trabajador, a fin de determinar la modalidad de trabajo (Remoto, semipresencial o presencial) del personal con factores de riesgo, descrito en la definición de términos (ANEXO 1) y lo establecido en la Resolución Ministerial N° 448-2020-MINSA de 30JUN2020.

**6.6.2** Las personas que se encuentran en alguno de los siguientes supuestos, deben realizar prioritariamente trabajo remoto:

**6.6.2.1** Edad mayor a 55 años para personal policial que se encuentra en primera línea (Patrullaje, servicio de calle, Operativos policiales o similares).

**6.6.2.2** Hipertensión arterial refractaria.

**6.6.2.3** Enfermedades cardiovasculares graves.

**6.6.2.4** Cáncer.

**6.6.2.5** Diabetes mellitus.

**6.6.2.6** Asma moderado o grave

**6.6.2.7** Enfermedad pulmonar crónica.

**6.6.2.8** Insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis.

**6.6.2.9** Enfermedad o tratamiento inmunosupresor.

**6.6.2.10** Obesidad con IMC de 40 a más.

**6.6.3** Para el caso del personal en estado de gestación que presente alguna intercurencia en el embarazo, el médico determina si puede permanecer o no en la unidad policial, debiendo cautelar la salud y vida de la gestante y la culminación satisfactoria de su embarazo, teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución Ministerial N° 448-2020-MINSA de 30JUN2020.

**6.6.4** Aquel personal PNP con factores de riesgo que haya superado la enfermedad del COVID-19 y desee reanudar sus actividades podrá hacerlo, aplicando para ello y bajo obligatoriamente,



todas las medidas de protección y de higiene establecidas en la Resolución Ministerial N° 448-2020-MINSA de 30JUN2020 y otras que dicte la autoridad de salud (MINSA) y la PNP, y siempre y cuando el médico a cargo lo apruebe.

## VII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

### 7.1 Del otorgamiento de aislamiento

#### 7.1.1 Caso sospechoso

- 7.1.1.1** Paciente que cumple con los criterios señalados en las alertas epidemiológicas o normatividad vigente del Ministerio de Salud. El médico tratante otorga al paciente, el período de aislamiento domiciliario hasta CATORCE [14] días contados desde el inicio de los síntomas, previo llenado de la Ficha de Investigación Clínico Epidemiológica [anexo II].
- 7.1.1.2** El Jefe de la Unidad Policial donde presta servicios el paciente, es responsable del seguimiento administrativo. En caso de alguna emergencia solicita ayuda inmediata a través del *Call Center* Descentralizado para la Policía Nacional del Perú (Central Telefónica 2001111).
- 7.1.1.3** Durante su aislamiento, el paciente es medicado de acuerdo al Instructivo de Tratamiento aprobado por la Dirección de Sanidad Policial [anexo III].
- 7.1.1.4** Si durante este proceso presenta una prueba con resultado positivo, el aislamiento se completa solo hasta los CATORCE [14] días contabilizados a partir del inicio de los síntomas.
- 7.1.1.5** Al término de este periodo, el médico tratante expide la Constancia de Alta Médica [anexo IV], debiendo el efectivo policial incorporarse al ejercicio de la función policial o dispone descanso médico domiciliario, si el caso lo amerita. El alta es clínica, no requiere de prueba molecular ni serológica para COVID-19

#### 7.1.2 Caso confirmado asintomático o caso leve

- 7.1.2.1** Ante la evidencia de la positividad de una prueba [molecular o serológica] se le otorga hasta CATORCE [14] días de aislamiento contado a partir de inicio de los síntomas, de acuerdo a lo establecido en la Resolución Ministerial N° 448-2020-MINSA de 30JUN2020.
- 7.1.2.2** Si el efectivo policial se realiza una prueba [molecular o serológica] en IPRESS no PNP con





resultado positivo, debe apersonarse, adoptando todas las medidas de seguridad y salud, a la IPRESS PNP en el caso de Lima [anexo V] y para el caso de provincias, a la Macro Región de Sanidad Policial, a través de sus IPRESS autorizadas. En caso de imposibilidad absoluta de tramitarla personalmente, la hará llegar por medio magnético para su validación respectiva a través del conducto regular; el Jefe de inmediato de su Unidad verificará y validará dicho documento.

**7.1.2.3** El período de aislamiento se cumple de modo OBLIGATORIO en un Centro de Aislamiento Temporal designado por la superioridad a nivel nacional [en Lima es la Escuela Nacional de Formación Profesional Policial - Sede Puente Piedra]; caso contrario, el paciente firma una Declaración Jurada de Negativa de Aislamiento [anexo VI], con el compromiso de cumplir aislamiento domiciliario bajo su responsabilidad.

**7.1.2.4** El Jefe de Unidad supervisa de que el paciente acuda al Centro de Aislamiento Temporal aceptado. Si en el interín manifiesta su voluntad de no acudir al citado centro, le hará firmar la Declaración Jurada de Negativa de Aislamiento. El Jefe de Unidad es responsable del seguimiento domiciliario del paciente y en caso de alguna emergencia solicita ayuda inmediata a través del *Call Center* Descentralizado para la Policía Nacional del Perú (Central Telefónica 2001111).

**7.1.2.5** Al término del periodo de aislamiento en un Centro de Aislamiento Temporal, el médico tratante expide al paciente la Constancia de Alta y/o dispone su descanso médico domiciliario en caso amerite. El Jefe de Unidad es responsable de llevar el conteo del plazo.

**7.1.2.6** Para aquellos pacientes que cumplan aislamiento domiciliario; previa evaluación médica, el alta lo expiden las IPRESS PNP designadas para Lima. En provincias, esta acción la realizan las Macro Regiones de Sanidad Policial a través de sus IPRESS PNP autorizadas, debiendo el efectivo policial incorporarse al ejercicio de la función policial o dispone descanso médico domiciliario, si el caso lo amerita. ANEXO XI. Relación, teléfono y dirección de IPRESS designadas por la DIRSAPOL a nivel nacional.

- 7.1.2.7** Para los efectos de la expedición de la Constancia de Alta, no es necesario realizar pruebas moleculares y/o rápidas; toda vez que el alta es clínica, debiendo el efectivo policial reincorporarse al servicio policial.
- 7.1.2.8** Ante un caso confirmado de COVID-19 en una instalación policial, el área de Epidemiología de las Redes de Sanidad Policial en el caso de Lima y para el caso de provincias las Macro Regiones de Sanidad Policial a través de sus IPRESS PNP autorizadas, realizan el estudio de campo e identificación de CONTACTOS DIRECTOS, a quienes se les otorga el período de aislamiento domiciliario hasta CATORCE [14] días.
- 7.1.2.9** La Dirección de Sanidad Policial, garantiza el suministro de medicamentos a nivel nacional, al paciente con aislamiento domiciliario y en Centros Temporales de Aislamiento, de acuerdo al “INSTRUCTIVO DE TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COVID-19”, aprobado por la DIRSAPOL. ANEXO III.

## **7.2 Del alta hospitalaria.**

- 7.2.1** Al paciente que es dado de alta de un centro hospitalario policial, se le otorga CATORCE [14] días de aislamiento domiciliario. Durante este periodo se le realiza controles diarios a distancia [telefónica] y controles presenciales. El primer control presencial, a las SETENTA Y DOS [72] horas del alta y posteriormente de acuerdo a la evaluación médica. Estas acciones de control se encuentran a cargo del equipo de seguimiento clínico especializado del hospital donde fue tratado.
- 7.2.2** En caso de alta hospitalaria de una IPRESS no PNP, se le otorga al paciente CATORCE [14] días de aislamiento domiciliario por una IPRESS PNP. Durante este período se le realiza al paciente controles diarios a distancia [telefónica] y controles presenciales. El primer control presencial, a las SETENTA Y DOS [72] horas del alta y posteriormente de acuerdo a la evaluación médica. Estas acciones de control están a cargo de la Red de Sanidad Policial en el caso de Lima y para el caso de provincias las Macro Regiones de Sanidad Policial a través de sus IPRESS PNP autorizadas.
- 7.2.3** Al término de este periodo de aislamiento, el equipo de seguimiento clínico especializado o las IPRESS PNP otorgan la alta médica correspondiente de acuerdo a su condición clínica, para la reincorporación a sus labores funcionales.



**7.2.4** De ser necesario, el médico tratante otorga descanso médico según la condición del paciente y realiza cualquiera de los procedimientos médico-administrativos para su inclusión en los alcances de la Ley N° 12633; y por consiguiente, su determinación de grado de aptitud para el servicio policial o su calificación de discapacidad.

### **7.3 Del registro de información**

**7.3.1** El profesional médico que otorga el aislamiento [domiciliario o en Centros de Aislamiento Temporal], descanso médico y altas, ingresa inmediatamente esta información al “Módulo de Descanso Médico” del Sistema Integrado de Gestión de la Carrera Policial de la DIRREHUM PNP. Para estos efectos se debe tener en cuenta lo siguiente:

**7.3.1.1** El personal médico registra la condición del paciente [aislamiento domiciliario o en un Centro de Aislamiento Temporal, descanso médico y alta].

**7.3.1.2** En caso de aislamiento en un Centro de Aislamiento Temporal, el personal asistencial de este centro registra la información de ingreso del paciente.

**7.3.1.3** El Jefe de Unidad a través del responsable de la OFAD verifica en el “Módulo de Administración de Recursos Humanos” [MOARH], la condición médico administrativo del paciente, para todos los casos señalados.

**7.3.2** Es responsabilidad de los Jefes de Unidad adoptar las acciones administrativas que correspondan en caso de incumplimiento a lo establecido en la presente.

### **7.4 De la comunicación a familiares sobre el estado de salud de pacientes hospitalizados**

**7.4.1** El paciente de COVID-19, al momento de internarse en un centro hospitalario policial, proporciona dos números telefónicos de referencia con los nombres y apellidos, así como su relación de parentesco o afinidad existente. Estos datos se registran en la historia clínica del paciente.

**7.4.2** El médico tratante, diariamente de 16.00 a 18.00 horas brinda información sobre el estado de salud del paciente a través de cualquiera de los números telefónicos registrados en su historia clínica, que bajo el criterio de prioridad o preferencia, ha manifestado su voluntad de esta comunicación. En caso de no lograrlo con el primero, lo intenta con el siguiente en la lista. Todo ello en el marco de una amable atención, auténtico interés y lenguaje comprensible.



**7.4.3** Si el médico tratante no logra entablar comunicación por medio de ambos números telefónicos, envía un mensaje de texto dejando constancia de estos intentos infructuosos. Hace énfasis en que la siguiente llamada se efectuará al siguiente día en el mismo horario. El médico al finalizar su turno entrega un registro de estas llamadas (anexo IX), al responsable del Equipo Especial de la Red de Seguridad del Centro Hospitalario donde labora.

**7.4.4** Este equipo especial, reitera ese mismo día, el intento de la comunicación a través de los mismos números telefónicos dejando constancia de esta acción en el formato establecido. En caso, de persistir la condición infructuosa en la comunicación con los familiares, comunica de esta situación a la CEOPOL del ETRSP PNP COVID-19.

**7.4.5** Personal de esta CEOPOL, en caso de que el paciente se trate de personal policial en situación de actividad, comunica al Jefe de Unidad de donde presta servicio el policía hospitalizado a efectos de la comunicación a su familia de este inconveniente. Esta acción se replica para el personal policial en situación de retiro, pero a través de la comisaria de la jurisdicción donde domicilian. En estos casos la dirección domiciliaria es la que se encuentra registrada en su historia clínica. El ETRSP PNP COVID-19 cierra esta actividad con la recepción y registro del resultado proporcionado por las comisarias involucradas.

**7.4.6** La información sobre el estado de los pacientes es brindada por el médico tratante, únicamente a los familiares o persona designada por el paciente a los números proporcionados y que se encuentran en su historia clínica.

## **7.5 Del seguimiento**

**7.5.1** El seguimiento administrativo en los casos sospechosos o casos confirmados de COVID-19 con aislamiento domiciliario, es de responsabilidad de los Jefes de la Unidad Policial de donde prestan servicios los efectivos policiales afectados. Se efectiviza de forma diaria en los tres turnos mediante llamadas telefónicas u otro medio tecnológico, las cuales quedan debidamente registradas [anexo VII].

**7.5.2** Se cuenta con el “Aplicativo de Registro de Novedades del Personal PNP por COVID-19” desarrollado y administrado por la DIRTIC PNP. Se accede digitando en el navegador el URL: <https://sistemas1.policia.gob.pe/Regnovcovid>. Los Jefes de Unidad están obligados a registrar en este sistema, la información integral de COVID-19 concerniente al efectivo policial afectado.

**7.5.3** El seguimiento clínico es de responsabilidad de las IPRESS PNP del primer nivel de atención mediante los equipos de

seguimiento clínico. Para este fin, cuentan con la asistencia del “Sistema Integrado de Gestión de Información y Seguimiento COVID-19” desarrollado y administrado por la DIRTIC PNP. Se accede digitando en el navegador el URL: <https://sigis.policia.gob.pe/tomademuestras>.

**7.5.4** Si durante el seguimiento de los pacientes con aislamiento domiciliario, se detectan signos de alarma [temperatura mayor de 38°C persistente por más de 48 horas, coloración azul de los labios (cianosis) o saturación de oxígeno menor de 95%, etc.], el responsable del seguimiento, comunica inmediatamente a través del *Call Center* Descentralizado (Central Telefónica 2001111) para la evaluación correspondiente y/o su traslado a un centro hospitalario, según corresponda, coordinando con el modulador del equipo de atención prehospitalaria y transporte asistido de pacientes COVID-19.

**7.5.5** Los pacientes que se encuentran cumpliendo aislamiento en un Centro de Aislamiento Temporal, son monitoreados por el Personal de Salud de la IPRESS PNP correspondiente, quienes son los responsables del tratamiento y de la conducta médica a seguir.

**7.5.6** El seguimiento administrativo para la actividad de comunicación a los familiares sobre el estado de salud de los pacientes hospitalizados por COVID-19, es de responsabilidad del ETRSP PNP COVID-19 a través de sus equipos asignados a los centros hospitalarios en el caso de Lima, y para el caso de provincias las Macro Regiones y Frentes Policiales a través de sus propios equipos.

**7.5.7** La Dirección de Recursos Humanos de la PNP es la responsable de actualizar el Sistema Integrado de Gestión de la Carrera del Personal de la Policía Nacional del Perú, para el registro de información de interés policial contenida en la presente Directiva.

## **VIII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS**

### **8.1 Disposiciones Complementarias Finales**

**8.1.1** Las acciones no previstas en la presente Directiva se complementan con los lineamientos que establezca la autoridad nacional sanitaria.

**8.1.2** El cumplimiento de la presente Directiva requiere de la coordinación permanente entre las diferentes unidades de organización comprometidas.

**8.1.3** La Dirección de Sanidad Policial evalúa permanentemente la presente Directiva, debiendo formular la Hoja de

Recomendación respectiva, sugiriendo los cambios, implementaciones o modificaciones a que hubiere lugar.

## 8.2 Disposición Complementaria Transitoria

**8.2.1** Los aspectos específicos para efectivizar el seguimiento al que se hace referencia en los numerales 7.5.1 y 7.5.2 de la presente Directiva serán detallados en los documentos de carácter interno necesarios para gestionar los procesos de información, registro, supervisión y control del personal frente a casos de contagio.

**8.2.2** Los Jefes de Unidad y personal de la DIRSAPOL, en coordinación con la DIRREHUM y DIRTIC, regularizarán la documentación e información del personal PNP que se encontró dentro de los alcances de la presente directiva antes de su vigencia, a fin de mantener información veraz y actualizada.

## IX. VIGENCIA

La presente Directiva entra en vigencia al día siguiente de su publicación en el Sistema Integrado de la Gestión de la Carrera Policial de la Dirección de Recursos Humanos de la Policía Nacional del Perú.

## X. ANEXOS

- 10.1** Anexo I : Glosario de términos.
- 10.2** Anexo II : Ficha de Investigación Clínico Epidemiológica.
- 10.3** Anexo III : Instructivo de Tratamiento de Pacientes con Diagnóstico de COVID-19.
- 10.4** Anexo IV : Formato de Constancia de Alta Médica.
- 10.5** Anexo V : IPRESS PNP designadas en Lima.
- 10.6** Anexo VI : Relación, teléfono y dirección de IPRESS designadas por la DIRSAPOL a nivel nacional.
- 10.7** Anexo VII : Formato de registro de llamadas al Personal PNP, sospechoso o positivo de COVID-19.
- 10.8** Anexo VIII : Formato de Declaración Jurada de Negativa de Aislamiento.
- 10.9** Anexo IX : Diagrama de flujo de atención en la salud, seguimiento y aislamiento del Personal PNP en caso sospechoso o caso confirmado de COVID-19.
- 10.10** Anexo X : Formato de registro de comunicación a familiares sobre el estado de salud de pacientes hospitalizados.
- 10.11** Anexo XI : Diagrama de flujo de comunicación a familiares sobre estado de salud de pacientes hospitalizados por COVID-19.
- 10.12** Anexo XII : Organigrama y distribución de horarios y servicios del ETRS PNP COVID-19.

## **GLOSARIO DE TÉRMINOS**

1. **Aislamiento COVID-19:** es la intervención de salud pública por el cual una persona con sintomatología, confirmada o no a la COVID-19, se le restringe el desplazamiento y se le separa de las personas sanas para evitar la diseminación de la infección, por 14 días desde el inicio de los síntomas suspendiendo todas las actividades que se realizan fuera del domicilio, incluyendo aquellas consideradas como servicios esenciales. Adicionalmente, se recomienda la restricción del contacto con los otros cohabitantes del hogar por 14 días desde el inicio de los síntomas o confirmación del diagnóstico de la COVID-19.
2. **Call Center Descentralizado para la Policía Nacional del Perú (Central Telefónica 2001111)<sup>2</sup>:** Centro de atención remota desde cualquier ubicación geográfica de consulta y ayuda en el tratamiento médico de casos sospechosos y casos asintomáticos o casos leves de COVID-19 al personal de la Policía Nacional del Perú.
3. **Caso Asintomático<sup>3</sup>:** Caso confirmado de infección por COVID-19 con prueba molecular positiva o prueba rápida serológica positiva, que no tiene síntomas ni signos, suelen identificarse cuando se realizan pruebas como parte del monitoreo activo de casos, búsqueda activa en población en riesgo, o de la investigación de contactos. Los casos asintomáticos deben ser aislados y seguidos diariamente en busca de síntomas y signos durante 14 días.
4. **Caso leve<sup>4</sup>:** Toda persona con infección respiratoria aguda que tiene al menos dos de los siguientes signos o síntomas: tos, malestar general, dolor de garganta, fiebre y congestión nasal. Puede presentar otros síntomas, como: alteraciones en el gusto, alteraciones en el olfato y exantema. El caso leve no requiere hospitalización, se indica aislamiento domiciliario y se indica seguimiento.
5. **Caso sospechoso<sup>5</sup>:** Persona con Infección Respiratoria Aguda, que presente dos o más de los siguientes síntomas: tos, dolor de garganta, dificultad para respirar, congestión nasal, fiebre y, contacto directo con un caso confirmado de infección por COVID-19, dentro de los 14 días previos al inicio de síntomas; o residencia o historia de viaje, dentro de los 14 días previo al inicio de síntomas, a ciudades del Perú con transmisión comunitaria de COVID-19. Historial de viaje fuera del país dentro de los 14 días previo al inicio de síntomas. Además, persona con Infección Respiratoria Aguda Grave con fiebre superior a 38°C, tos, dificultad respiratoria y que requiere hospitalización, según Alerta Epidemiológica N°16.

<sup>2</sup> Plan de Trabajo 2020 del Call Center Descentralizado para la Policía Nacional del Perú.

<sup>3</sup> Norma Técnica de Salud para la Adecuación de la Organización de los Servicios de Salud con énfasis en el Primer Nivel de Atención de Salud frente a la pandemia por COVID-19 en el Perú.

<sup>4</sup> Resolución Ministerial N° 193-2020/MINSA, Numeral 7.5.1.

<sup>5</sup> Alerta Epidemiológica N° 16. CDC. MINSA.



6. **Centro de Aislamiento Temporal**<sup>6</sup>: Es un establecimiento acondicionado a la atención de salud, seguimiento clínico y aislamiento temporal de forma exclusiva a las personas sintomáticas o caso confirmado leve de COVID19; donde habitan y restringen su desplazamiento por un periodo de 14 días.
7. **Contacto directo**<sup>7</sup>: Incluye cualquiera de las siguientes situaciones ante un caso confirmado de COVID-19: persona que comparte o compartió el mismo ambiente de un caso confirmado de infección por COVID-19 en una distancia menor a 1 metro 30 (incluyendo el lugar de trabajo, aula, hogar, asilos, centros penitenciarios, otros); y, personal de salud que no ha usado equipo de protección personal (EPP) o no ha aplicado el protocolo para colocarse, quitarse y/o desechar el EPP durante la evaluación de un caso confirmado por COVID-19.
8. **COVID-19**<sup>8</sup>: Este es el nombre oficial que la OMS le dio en febrero del 2020, a la enfermedad infecciosa causada por el nuevo coronavirus, es decir por el SARS-CoV-2. La denominación viene de la frase en inglés "coronavirus disease of 2019" (enfermedad del coronavirus de 2019).
9. **Grupos de Riesgo**: Conjunto de personas que presentan características individuales, asociadas a mayor vulnerabilidad y riesgo de complicaciones por la COVID-19. Para ello, la autoridad sanitaria define los factores de riesgo como criterios sanitarios a ser utilizados por los profesionales de la salud para definir a las personas con mayor posibilidad de enfermar y tener complicaciones por la COVID-19, los mismos que según las evidencias que se vienen evaluando y actualizando permanentemente, se definen como: edad mayor a 65 años, comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar crónica, cáncer, otros estados de inmunosupresión y otros que establezca la Autoridad Nacional sanitaria a las luces de futuras evidencias.
10. **Seguimiento clínico**<sup>9</sup>: Actividades dirigidas a conocer la evolución clínica del caso e identificar precozmente signos de alarma, identificar la aparición de signos y síntomas respiratorios en otros miembros de la familia e identificar personas con factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones por COVID-19.
11. **Signos de alarma para COVID-19**<sup>10</sup>: Características clínicas del paciente que indican empeoramiento del cuadro y que requiere atención médica inmediata. Estos son: Sensación de falta de aire o dificultad para respirar, desorientación o confusión, fiebre (Temperatura mayor a 38°C) persistente por más de dos días, dolor de pecho y coloración azul de los labios

<sup>6</sup> Definición por el órgano proponente.

<sup>7</sup> Alerta Epidemiológica N° 16 del CDC y FE DE ERRATAS del Decreto Supremo N° 083-2020-PCM.

<sup>8</sup> Norma Técnica de Salud para la Adecuación de la Organización de los Servicios de Salud con énfasis en el Primer Nivel de Atención de Salud frente a la pandemia por COVID-19 en el Perú.

<sup>9</sup> RM N° 244-2020/MINSA: Directiva Sanitaria para el seguimiento clínico de personas afectadas por COVID-19 en el Perú, numeral 5.1.

<sup>10</sup> RM N°193-2020/MINSA, Documento Técnico Prevención, Diagnóstico, y Tratamiento de Personas afectadas por COVID-19 en el Perú.






(cianosis).



**FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA**

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades	<b>FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA COVID-19</b>																		
<b>I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN</b>																				
1. Fecha notificación: ____/____/____ 2. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____ 3. EESS: _____ 4. Inst. Adm: <input type="checkbox"/> MINSA <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> Privado 5. Clasificación del caso: <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Sospechoso 6. Detectado en punto de entrada: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido Si la respuesta es si, fecha: ____/____/____ Lugar: _____																				
<b>II. DATOS DEL PACIENTE</b>																				
7. Apellidos y nombres: _____ N° Teléfono: _____ 8. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 9. Edad: ____ <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Día 10. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino DNI/CE/Pasaporte: _____																				
<b>INFORMACIÓN DEL DOMICILIO DEL PACIENTE</b>																				
13. Dirección de residencia actual: _____ País: _____ Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____																				
<b>III. CUADRO CLÍNICO</b>																				
14. Fecha de inicio de síntomas ____/____/____ 15. Hospitalizado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <b>Si fue hospitalizado, complete la siguiente información:</b> 16. Fecha de hospitalización: ____/____/____ Nombre del Hospital: _____ 17. Aislamiento: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha de aislamiento: ____/____/____ 18. El paciente estuvo en ventilación mecánica: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido 19. Evolución del paciente: <input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Falleció <input type="checkbox"/> Desconocido 20. Fecha de defunción, si aplica: ____/____/____ 21. Síntomas: <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tos</td> <td><input type="checkbox"/> Malestar general</td> <td><input type="checkbox"/> Dolor Marque todos los que aplica:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dolor de garganta</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrea</td> <td>( ) Muscular ( ) Pecho</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Congestión nasal</td> <td><input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos</td> <td>( ) Abdominal ( ) Articulaciones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria</td> <td><input type="checkbox"/> Cefalea</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fiebre/escalofrío</td> <td><input type="checkbox"/> Irritabilidad/confusión</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Malestar general	<input type="checkbox"/> Dolor Marque todos los que aplica:	<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Diarrea	( ) Muscular ( ) Pecho	<input type="checkbox"/> Congestión nasal	<input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos	( ) Abdominal ( ) Articulaciones	<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Cefalea		<input type="checkbox"/> Fiebre/escalofrío	<input type="checkbox"/> Irritabilidad/confusión		<input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____		
<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Malestar general	<input type="checkbox"/> Dolor Marque todos los que aplica:																		
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Diarrea	( ) Muscular ( ) Pecho																		
<input type="checkbox"/> Congestión nasal	<input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos	( ) Abdominal ( ) Articulaciones																		
<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Cefalea																			
<input type="checkbox"/> Fiebre/escalofrío	<input type="checkbox"/> Irritabilidad/confusión																			
<input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____																				
22. Signos: Temperatura: ____ °C <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Exudado faríngeo</td> <td><input type="checkbox"/> Coma</td> <td><input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en Rx pulmonar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inyección conjuntival</td> <td><input type="checkbox"/> Disnea/taquipnea</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Convulsión</td> <td><input type="checkbox"/> Auscultación pulmonar, anormal</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Exudado faríngeo	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en Rx pulmonar	<input type="checkbox"/> Inyección conjuntival	<input type="checkbox"/> Disnea/taquipnea		<input type="checkbox"/> Convulsión	<input type="checkbox"/> Auscultación pulmonar, anormal		<input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____								
<input type="checkbox"/> Exudado faríngeo	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en Rx pulmonar																		
<input type="checkbox"/> Inyección conjuntival	<input type="checkbox"/> Disnea/taquipnea																			
<input type="checkbox"/> Convulsión	<input type="checkbox"/> Auscultación pulmonar, anormal																			
<input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____																				

16



<b>PERÚ</b>	Ministerio del Interior	Policía Nacional del Perú	Dirección de Sanidad Policial	Equipo Central de Crisis COVID 19
-------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

## **INSTRUCTIVO DE TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE COVID-19**

- El personal policial titular en actividad o retiro y derechohabiente accederá al sistema COVID PNP cuando tenga síntomas sugerentes o cuando sea sometido a las pruebas diagnósticas para COVID-19 durante las campañas preventivas.
- El paciente podrá llamar al call center COVID 19 o acercarse a una de las IPRESS PNP cuya lista se adjunta. (Anexo 1)
- A la fecha no hay tratamiento definitivo y la información actual ha sido realizada casi exclusivamente en pacientes hospitalizados, es de esperar que tratamientos dados al inicio de los síntomas podrían mejorar la evolución del cuadro infeccioso y evitar ser hospitalizados o evitar progresión. Sin embargo, hasta el momento no existe investigaciones científicas que justifique este concepto, pero dada la situación de extrema emergencia en el Perú, el MINSA y el comité de expertos han recomendado varios tratamientos que pueden ser utilizados por los médicos siempre con el conocimiento de pacientes y su aprobación luego que se les dé esta información.

### **TRATAMIENTO AMBULATORIO**

- Médico tratante llenará la **HISTORIA CLÍNICA COVID-19**. (Anexo 2), identificando la presencia de síntomas, factores de riesgo y criterios de severidad.
- El paciente con sospecha o confirmado COVID-19 asintomático o con síntomas leves y **sin factores de riesgo** recibirán aislamiento domiciliario o en la Villa Panamericana o equivalente de la PNP en Lima y en las regiones y su seguimiento estará a cargo del IPRESS PNP de su jurisdicción para lo cual utilizará la **HOJA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTE COVID-19** (Anexo 3). Se reportará a epidemiología y, se le indicará:

#### **El control médico estándar:**

- Hidratación oral, 2-3 litros diarios como mínimo
- Sintomáticos
- Paracetamol 500mg cada 8 horas por 5 días.
- No AINES

- El paciente asintomático o con síntomas leves **con factores de riesgo** se le tomará un hemograma, una radiografía de tórax o una ecografía pulmonar y, **si está a disposición**, marcadores de inflamación (Anexo 4). Se llena la ficha epidemiológica y se reporta.

Si el paciente **no** tiene líneas B u otra anomalía ecográfica o radiológica o marcadores de inflamación, por ejemplo, linfocitos <800 /microlitro (Anexo





4), recibirá aislamiento domiciliario con seguimiento diario por parte del personal de la IPRESS de su jurisdicción, quienes evaluarán diariamente signos/síntomas de alarma con **HOJA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTE COVID-19** (Anexo 3), iniciaran como tratamiento:

#### Hidratación oral y sintomáticos

- **Hidroxyclorequina** 400 mg mañana y noche el primer día y luego 200 una vez al día por 6 días más (total 7 días). Evitar usar en insuficiencia renal; miastenia gravis; cirrosis hepática; retinitis pigmentosa.
- **Ivermectina:** tiene dos presentaciones en gotas o en tabletas de 6mg. (La dosis recomendada es 200 mcgr por kilo una vez al día por 2 días); Ivermectina 6m/mL gotas: 1 gota/Kg/día por dos días.
- **Azitromicina:** 500mg el primer día y luego 250 mg diarios por 4 días más

Por tanto, en las historias clínicas, los médicos tratantes, deben señalar uno de los siguientes tratamientos:

- A) El control médico estándar porque no hay tratamiento especial aprobado.
- B) Hidroxyclorequina.
- C) Ivermectina.
- D) Combinación de hidroxyclorequina con ivermectina.
- E) Combinación de hidroxyclorequina con azitromicina.
- F) Combinación de ivermectina con azitromicina.

En ningún caso el resultado de una prueba retrasará el inicio del tratamiento si este está sustentado.

### **TRATAMIENTO HOSPITALIZADO**

1. El paciente con signos de severidad: ecografía positiva y/o uno o más marcadores de inflamación (anexo 4) se hospitalizará e iniciará:

#### Hidratación parenteral y sintomáticos.

- Ivermectina 6m/mL gotas: 1 gota/Kg/día por dos días
- Enoxaparina a dosis profiláctica por 7 días
- Enoxaparina 40mg SC c/24 (peso <80kg).
- Enoxaparina 60mg SC c/24 horas (peso >80 y <100kg)
- Enoxaparina 40mg SC c/12 horas (peso >100kg).
- Hidroxyclorequina 400 mg cada 12 horas 1er día y luego 200 mg cada 12 horas hasta completar 7 días.



2. El paciente con sospecha o confirmado de COVID19 con síntomas moderados (Anexo 5) se hospitalizará y recibirá

Hidratación parenteral y sintomáticos.

- Suplemento de oxígeno de acuerdo a necesidad.
- Ivermectina 6m/mL gotas: 1 gota/Kg/día por dos días ó Ivermectina 6mg tabletas 2 tab (<65 kg), 2 ½ tab (65-80 kg), 3tab (>80kg)
- Enoxaparina 1 mg/Kg /día, ajustar en caso de falla renal.
- Ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas.
- Metilprednisolona 500 mg diarios por 3 días y luego 40 mg cada 12 horas (constatando que el paciente tiene más de 7 días de iniciado los síntomas).
- Considerar Tocilizumab
- Considerar Oseltamivir

3. El paciente con sospecha o confirmado de COVID con síntomas de gravedad (Anexo 6) se hospitalizará en UCI y recibirá:

Soporte de vida y ventilatorio de acuerdo a criterios de UCI

- Ivermectina 6m/mL gotas: 1 gota/Kg/día por dos días
- Enoxaparina 1mg/Kg SC cada 12 horas, si edad >75 años, enoxaparina 0.75mg/kg.SC cada 12 h, ajustar en cada caso de falla renal.
- Ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas
- Metilprednisolona 500 mg diarios por 3 días y luego 40 mg cada 12 horas
- Tocilizumab 400mg /20 ml : Tocilizumab 8 mg/Kg ó en > 80 Kg : 1ra dosis 600 mg , 2da dosis 600mg . En < 80 Kg : 1ra dosis 600 mg , 2da dosis 400 mg . Entre cada dosis debe haber un intervalo de 12 horas.

Todos los tratamientos deberán ser explicados con detalle al paciente, quien debe estar informado y dar su autorización, el tratamiento deberá ser supervisado estrictamente (Anexo 7).

FDO.

OS-00261098

**Samuel Fernando YEPEZ RONDON**  
GENERAL SPNP  
SUB DIRECTOR-DIRSAPOL

FDO.

OS-00268180

**Eduardo PONCE GALARZA**  
CORONEL SPNP  
JEFE DE LA OFIPCED

FDO.

OS-00356321

**Héctor Ignacio OLANO CASTILLO**  
MAYOR SPNP  
JEFE DEL DEPENINF HNPNS LNS

## 1. Instructivo de tratamiento de pacientes con diagnóstico de COVID-19

- Listado de números telefónicos para la orientación de pacientes en el contexto de COVID-19.

<b>CALL CENTER</b>	200 1111
<b>LIMA CENTRO</b>	943970913 ó 943970644
<b>LIMA SUR</b>	937413083 ó 937412757
<b>LIMA ESTE</b>	01-3627088 ó 01-3728062 ó 01-3628601
<b>CALLAO</b>	01-2498215 ó 01-4298128 ó 01-4651801
<b>VILLA PANAMERICANA</b>	997012345



## 2. Instructivo de tratamiento de pacientes con diagnóstico de COVID-19

### Historia Clínica de paciente COVID-19

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
 Teléfono (propio o de familiar del hogar): \_\_\_\_\_  
 Institución de salud: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_\_ Día de enfermedad: \_\_\_\_\_

#### A. Síntomas: ¿Asintomático? Sí ☐ No ☐

Fiebre ☐ Tos ☐ Dolor de garganta ☐ Malestar general ☐ Disminución del gusto o del olfato ☐  
 Dificultad respiratoria ☐ Falta de aire ☐ Rinitis ☐ Dolor torácico (pleurítico) ☐  
 Otros: \_\_\_\_\_

#### B. Diagnóstico

Tipo de prueba:

Prueba rápida "serológica" ☐ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Resultado: Positivo ☐ IgM ☐ IgG ☐  
 Negativo ☐

Prueba RT-PCR ☐ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Resultado: Positivo ☐  
 Negativo ☐

#### C. Antecedentes (Factores de riesgo)

Ocupación: \_\_\_\_\_

Asma <input type="checkbox"/>	Neoplasia maligna <input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/>	Obesidad <input type="checkbox"/>
Enfermedad hepática crónica <input type="checkbox"/>	Quimioterapia o radioterapia en los últimos 2 años <input type="checkbox"/>
EPOC <input type="checkbox"/>	Síndrome de Down <input type="checkbox"/>
Fibrosis pulmonar <input type="checkbox"/>	TBC <input type="checkbox"/>
Fumador crónico <input type="checkbox"/>	Uso crónico de corticoides (>10mg/día >30d) <input type="checkbox"/>
Gestante <input type="checkbox"/> SS: ____ (Solicitar ficha ACOG)	Uso crónico de Anti-TNF <input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial <input type="checkbox"/>	VIH <input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal <input type="checkbox"/>	
Otro tipo de inmunosupresión: _____	
Vacuna para neumococo: Últimos 5 años <input type="checkbox"/> Últimos 2 meses <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>	

#### D. Examen físico:

FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ SatO2: \_\_\_\_\_ T°: \_\_\_\_\_  
 Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Circunferencia abdominal: \_\_\_\_\_ Cicatriz BCG: Sí ☐ No ☐

Hallazgos sistema respiratorio/cardiovascular:

MV pasa bien ACP <input type="checkbox"/>	Ruidos cardíacos rítmicos no soplos <input type="checkbox"/>
Crepitantes en bases <input type="checkbox"/>	Arritmia cardíaca <input type="checkbox"/>
Otros rales respiratorios <input type="checkbox"/>	Soplos cardíacos <input type="checkbox"/>
Otros hallazgos <input type="checkbox"/>	

**E. Exámenes auxiliares (determinar severidad)**

	SI	NO	Identificar uno o más
Hemograma - Hb - Leucocitos - Neutrófilos - Linfocitos			Conteo de linfocitos < 1000/microlitro.
LDH			DHL >245 Uni/L
Proteína C reactiva			PCR>100mg/L
Ferritina			Ferritina >500 mcg/L
VSG			
Otros			D-dímero>1000 ng/mL, Troponina>2 v límite superior normal

**F. Tratamiento** (Explicar al paciente que NO EXISTE tratamiento comprobado para COVID-19. Solo está disponible un tratamiento RECOMENDADO, previa aprobación verbal del paciente)

Estándar (paracetamol+ hidratación oral) ☐

Hidroxiclороquina 400 mg mañana y noche el primer día y luego 200 una vez al día por 6 días más ☐

Ivermectina 1 gota/Kg/día por dos días ☐

Hidroxiclороquina + ivermectina ☐

Hidroxiclороquina + azitromicina 500mg el primer día y luego 250mg una vez al día por 4 días más ☐

Ivermectina + azitromicina 500mg el primer día y luego 250mg una vez al día por 4 días más ☐

Nombre y firma de médico: \_\_\_\_\_ CMP: \_\_\_\_\_

### 3. Instructivo de tratamiento de pacientes con diagnóstico de COVID-19

#### HOJA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTE AMBULATORIO COVID-19

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Teléfono (propio o de familiar del hogar): \_\_\_\_\_

1) ¿Se siente igual que ayer? Sí / No (Si es NO, pasar a enumerar el grupo A de síntomas).

Grupo A: listar todos los síntomas a los pacientes que no se sientan igual que el día anterior.

Día	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Fecha													
Fiebre o temperatura alta													
Tos o dolor de garganta													
Malestar general													
Pérdida del olfato o del gusto													
Diarrea													
Dificultad respiratoria													
Dolor torácico													
Náuseas/vómitos													

Grupo B: ¿Tiene otra molestia? (Marcar solo si refiere alguno de los siguientes síntomas)

Alteración mental (alteración de la conciencia, desorientación, etc.)													
Dolor de cabeza													
Desmayos													
Rinitis (secreción nasal)													
Fatiga al caminar													
Palpitaciones													
Rash o erupciones en la piel													
Otros: SatO2 / Pulso *													

\*Si disponible

2) Estado del paciente al finalizar el seguimiento a los 14 días





Asintomático ☐

Se hospitalizó ☐

No progresó ☐

Requirió ventilación asistida ☐

Progresó, pero no se hospitalizó ☐ Perdido del seguimiento ☐

Justificación:

Nombre y firma de médico: \_\_\_\_\_ CMP: \_\_\_\_\_

#### 4. Instructivo de tratamiento de pacientes con diagnóstico de COVID-19

- **Listado de exámenes complementarios para determinar severidad (Marcadores de inflamación).**

Criterios de severidad: uno o más de: (1) D-dímero > 1000 ng/mL, (2) PCR > 100 mg/L, (3) DHL > 245 Uni/L, (4) Troponina > 2 v límite superior normal, (5) Ferritina > 500 mcg/L, (6) CPK > 2 veces, (7) Conteo de linfocitos < 800/microlitro.

#### 5. Instructivo de tratamiento de pacientes con diagnóstico de COVID-19

- **Listado de marcadores de enfermedad moderada**

Evidencia de neumonía y:

- Dificultad respiratoria.
- Alteración del estado de conciencia.
- Hipotensión arterial o shock.
- Recuento linfocitario menor a 800 cel/ $\mu$ L.
- Sat O<sub>2</sub> < 93%.
- FR > 24 x/min

#### 6. Instructivo de tratamiento de pacientes con diagnóstico de COVID-19

- **Listado de marcadores de enfermedad severa o gravedad**

Dos o más de:

- Alteración estado de conciencia
- PaCO<sub>2</sub> < 32 mmHg
- PAS menor de 100 mmHg o PAM < 65 mmHg
- PO<sub>2</sub> < 60 mmHg ó PaFi < 300

Signos clínicos de fatiga muscular: aleteo nasal, uso de músculos accesorios, cianosis.



## 7. Instructivo de tratamiento de pacientes con diagnóstico de COVID-19

### FICHA DE TRATAMIENTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRES Y APELLIDOS (*):			EDAD (*):
N° HISTORIA CLÍNICA (*):	FECHA DE NACIMIENTO(*):	DNI (*):	
	/ /		
SEXO:	FECHA (*):	HORA (*):	N° DE TELÉFONO (*):
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /		
DIAGNÓSTICO (*):			
Usted ha sido diagnosticado de infección respiratoria aguda por el virus causante del COVID-19.			

DATOS DE PADRE O MADRE, APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL (Solo rellenar en caso de paciente menor de edad o paciente con discapacidad mental para lo cual firmará el llamado por ley)		
NOMBRES Y APELLIDOS (*):		EDAD (*):
PARENTESCO (*):	DNI (*):	N° DE TELEFONO (*):

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE	
NOMBRES Y APELLIDOS (*):	CMP (*):
SERVICIO Y/O UNIDAD (*):	RNE:

La infección respiratoria aguda por el virus causante del COVID-19, se caracteriza por fiebre, tos, dolor de cabeza (cefalea), y en casos graves, dificultad respiratoria, que puede llevar a la muerte.

#### 1. DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO:

El tratamiento para COVID-19 que se aplicará al paciente consistirá en:

- A) HIDROXICLOROQUINA ☐
- B) IVERMECTINA ☐
- C) HIDROXICLOROQUINA + IVERMECTINA ☐
- D) COMBINACION DE HIDROXICLOROQUINA CON AZITROMICINA ☐
- E) COMBINACIÓN DE IVERMECTINA CON AZITROMICINA ☐
- F) TOCILIZUMAB ☐

- G) LOPINAVIR/RITONAVIR ☐
- H) METILPREDNISOLONA ☐
- I) ENOXAPARINA ☐
- J) OTRO (especificar) .....

## 2. RIESGOS INVOLUCRADOS

Como todo tratamiento, los medicamentos pueden producir eventos adversos leves y en algunos casos severos, como, por ejemplo: náuseas, vómitos y dolor abdominal; anemia, leucopenia, trombocitopenia y hemólisis; cardiotoxicidad, anormalidades mentales o depresión, toxicidad corneal, púrpura, erupciones cutáneas, dermatitis, entre otros que el médico tratante y el equipo multidisciplinario le explicaran detalladamente.

## 3. ALTERNATIVAS POSIBLES

Al momento no existe un tratamiento específico aprobado contra el COVID-19.

## 4. PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES

Existen estudios recientes que sugieren un efecto positivo en la evolución de algunos pacientes al usar cloroquina, hidroxiclороquina, azitromicina o la combinación de ellos, ya que se considera que estos medicamentos tienen dos efectos sobre el virus: impide la entrada del virus a la célula y reduce su multiplicación, pero es posible que estas recomendaciones cambien cuando se cuente con mayor evidencia científica.



## DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con documento de identidad N° \_\_\_\_\_, en calidad de ☐ paciente, ☐ madre o padre, ☐ apoderado, ☐ representante legal; y en pleno uso de mis facultades, sin estar bajo ninguna presión, en forma voluntaria y en perfecto conocimiento de causa y luego de:

1. **Haber sido informado(a) completamente con palabras sencillas y entendibles por el Médico tratante abajo firmante, acerca del motivo de la realización del tratamiento de COVID-19 descrito en el presente consentimiento informado, acerca de los riesgos involucrados, beneficios, pronóstico y recomendaciones, alternativas posibles al tratamiento planteado que en este caso al momento no existe un tratamiento específico aprobado contra el COVID-19; y**
2. **Haber entendido todos los aspectos explicados y resuelto todas las dudas planteadas e información complementaria solicitada acerca del tratamiento y riesgos involucrados que podrían requerir tratamientos complementarios.**

DECLARO CONSENTIR voluntaria y plenamente la aceptación para recibir tratamiento para COVID-19 planteado en el presente documento, a mi propio favor o el de mi representado, estando consciente y habiendo sido informado de que el presente consentimiento PODRÉ REVOCARLO EN CUALQUIER MOMENTO antes de la realización del tratamiento para COVID-19, y así mismo declaro no haber alterado datos sobre los antecedentes médicos de mi persona o la de mi representado, especialmente alergias o enfermedades previas, en fe de lo cual firmo a las \_\_\_\_\_ horas del día de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_.

(\*) FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

HUELLA DIGITAL

(\*) FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

**NOTA:** Si no supiera firmar, deberá colocar su huella dactilar luego de haber tomado conocimiento del contenido del documento. En caso de pacientes menores de edad o pacientes con discapacidad firmará el llamado por ley.

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con documento de identidad N° \_\_\_\_\_, en calidad de ☐ paciente, ☐ madre o padre, ☐ apoderado, ☐ representante legal; revoco el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_, y no deseo proseguir con la realización del acto médico, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, procedimiento que doy con esta fecha por finalizado a las \_\_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_.

(\*) FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

HUELLA DIGITAL

(\*) FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

**NOTA:** Si no supiera firmar, deberá colocar su huella dactilar luego de haber tomado conocimiento del contenido del documento. En caso de pacientes menores de edad o pacientes con discapacidad firmará el llamado por ley.

**FORMATO DE CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA**



**POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ**  
DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICIAL  
(AGREGAR IPRE y PNP)

*"Año de la Universalización de la Salud"*

**CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA**

El paciente.....  
Con Historia Clínica N°....., DNI: .....  
CIP: ....., Celular: .....  
Domiciliado: .....  
Motivo de aislamiento: .....  
Unidad donde presta servicios: .....  
Lugar de aislamiento: .....  
Fecha de inicio de aislamiento.....  
Fecha de término de aislamiento: .....  
Contacto de emergencia:.....  
[Considerar nombre y apellido - teléfono]

**Indicaciones:**

-  
-  
-

..... de..... del 2020.  
[LUGAR]

[FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO QUE AUTORIZA]





**IPRESS PNP DESIGNADAS EN LIMA**

**CENTROS DE SALUD QUE EXPIDEN CERTIFICADOS DE ALTA**

NRO.	UNIDAD	TELEF	DIRECCION	GRADO	ESPEC.	APELLIDOS Y NOMBRE	CELULAR PERSONAL
1	POLPOL DINOES	-	Fundo Barbadillo - Carretera Central	CMDTE.	SPNP.	VICHARRA JIMENEZ, JESÚS LEONIDAS	993516669
2	POLPOL SAN MARTIN	5687216	JR. CHACO N° 2850 REF. Interseccion de la AV. PERU con AV. LIMA SMP	CRNL.	SPNP	CASTAÑEDA CASASVERDE Virginia	997549968
3	POSMEPOL INDEPENDENCIA	521-6185	Ubicada dentro de la Cía (Av.T. Amaru Km4 1/2)	CMDTE	SPNP	ECHEGARAY OLIVERA Madelei.	989192942
4	TOPICO POTAO	4813748	Jr. Cajamarca s/n - RIMAC	CAP	SPNP	SANDOVAL GONZALES, Veronica	954195620
5	POLPOL DIRINCRI (COIP)	-	Av. España cdra. 3. Edificio "15 de Setiembre" Lima	CRNL	SPNP	SALAS TORRES Orlando Jaime	987827327
6	POLPOL EO - PNP	467-1207	Av. Gdía Civil Cdra. 8 La Campiña - CHORRILLOS	CRNL	ENF	PAZ SOLDAN OBLITAS, Carmen Milagritos	987537071
7	POLPOL CALLAO	453-0464 429-1323	Av. La Paz Cdra. 11 - CALLAO	CRNL	SPNP	GARAYTIMOTEO LIMBER JULIO	999951951
8	POSMEPOL VENTANILLA	553-6129	Av. Pedro Baltrán cdra 10 N° 386 (Pz de Armas-VENT)	CAP	ODO	RAMIREZ GUILLEN, Jesus	987208487
9	POSMEPOL HUACHO	232-5119	Calle 28 de Julio N°123 Dist. Sta. María	MAY	ENF	CHAVEZ MATOS, Sonia Darinka	956253906
10	POLPOL CAÑETE	284-8487	Prolg.A. B. Leguía - Cañete s/n - Nuevo Imperial	CRNL.	SPNP	ALCALA SANABARIA, Nélida	964345321



**DIRECTORES DE LOS HOSPITALES SPNP** 14FEB2020

DIRECTORES DE LOS HOSPITALES SPNP 14FEB2020											
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	UNIDAD / SUB UNIDAD / COMISARIA	CARGO	CELULAR RPM PNP ASIGNADO	CELULAR PERSONAL	TELEF. FIO OFICINA	TELEF Y/O CELULAR CEPOL	TEL SERV GUARDIA	CORREO UNIDAD	CORREO PERSONAL	DIRECCION
SPNP	CABRERA CONTRERAS NAGY	HOSPITAL CENTRAL "LNS"	DIRECTOR	947731988	2614020	2618554 Fax	980121355		disapol.hmlns.dir@policia.gob.pe		
SPNP	VILLACORTA RUIZ Jorge Alberto	HOSPITAL GERIATRICO "SAN JOSE"	DIRECTOR	997540728	2637583	2632080	2632118	980121357	disan.hgsj.se@policia.gob.pe	<a href="mailto:lonrins@yahoo.es">lonrins@yahoo.es</a>	CALLE RAMON CASTILLA N°660 SAN MIGUEL
SPNP	HAWASAKI HAMAGUCHI JOSE LUIS	HOSPITAL "AUGUSTO BLEGUJA"	DIRECTOR	985066659	4832851			980122209 (CLASE DIA)	disapol.habl@policia.gob.pe		
SPNP	PORTAL BUSTAMANTE Neme	CLINICA ODONTOLOGICA "ANGAMOS"	DIRECTOR	999975762	2416130				disapol.diodo.angamos@policia		



REDES DIRSAPOL - 10FEB2020

RED	UNIDAD	TELEF	NEC	DIRECCION	GRADO	ESPEC.	APELLIDOS Y NOMBRE	CELULAR RPM ASIGNADO	CELULAR PERSONAL	CORREO UNIDAD
JEFE RED SUR	POLIC. SAN BORJA	224-2188		Av. Las Artes Norte 332. SAN BORJA	CRNL	SPNP	HURTADO VELASQUEZ CECILIA	RPM 980121443	995737204	dirsapol.pmsanborja@policia.gob.pe
	POLIC. SAN BORJA	224-2188		Av. Las Artes Norte 332. SAN BORJA	CRNL	SPNP	TIPIAN ESCOBAR Miguel		995095391	
	POLICLIN. EO - PNP	467-4207 SS PNP GARCIA SECRETARI O	836-315 836-236 953714353	Av. Gdla Civil Cdra. 8 La Campiña - CHORRILLOS	CRNL	ENF	PAZ SOLDAN OBLITAS, Carmen Milagritos		987637071	dirsapol.poleo@policia.gob.pe
	POSTA MEDICA. CANETE	264-8487		Prolog. A. B. Leguia - Cañete s/n Nuevo Imperial	CRNL.	SPNP	ALCALA SANABARIA, Nélida		9643445321	dirsapol.pmcane@policia.gob.pe
	POSTA MED. SAN BARTOLO			Av. El Golfín s/n San Bartolo (Km.50 P.Sur)	MAY	SPNP	CARI GORDILLO, Leslie		997585660	dirsapol.pmsanbartolo@policia.gob.pe
	Polic. MININTER	822-2209	822-2290	Plaza 30 de Agosto s/n SAN ISIDRO	CRNL	SPNP	TOLEDO CORDOVA Adriana		999921916	dirsapol.pmininter@policia.gob.pe
RED OESTE	Polic. CALLAO	453-0464 429-4323		Av. La Paz Cdra. 11 - CALLAO	CRNL	SPNP	BENEL PEREZ ANA	RPM 966634492	994637104	dirsapol.polcallao@policia.gob.pe
	Polic. PNP. VIPOL	574-4788	823-284	Av. Los Nenufars Esq. Calle Las Camelias V.IPOL	CRNL.	SPNP.	TAMAYO GUTIERREZ, Maria Salome		982776315	dirsapol.pmdravalpo@policia.gob.pe
	P.M. VENTANILLA	553-6129		Av. Pedro Beltrán cdra 10 N°386 (Pz de Armas-VENT)	CAP	ODO	RAMIREZ GUILLEN, Jesus		987208487	dirsapol.pmvventanilla@policia.gob.pe
	Polic. DIRAVPOL	5383348	855-240 855-230	Av. E. Faucett - Aeropuerto CALLAO	MAY.	SPNP	YANGORA ROMAN, Guido Manuel Luis		991694591	dirsapol.pmdravalpo@policia.gob.pe
RED CENTRO	Polic. "W. ROSALES LEON" AR	222-6318	834-272	Complejo Policial "W. Rosales León" Av. Andrés Aramburo 550, Surquillo	CRNL.	SPNP	SALAS TORRES Orlando Jaime	RPM 980121364	987827327	dirsapol.redcentro@policia.gob.pe
	Polic. "W. ROSALES LEON" AR	222-6318		Complejo Policial "W. Rosales León" Av. Andrés Aramburo 550, Surquillo	CRNL.	SPNP	MAS SERVAN, Jhudit		997355578	
	P. M. DIRINGRI (COIP)		823-2402 823-2277	Edificio "15 de Setiembre" Lima	CRNL	SPNP	SALAS TORRES Orlando Jaime		987827327	dirsapol.pmcop@policia.gob.pe
	Topico POTAO	4813748		Jr. Cajamarca s/n - RIMAC	CAP	SPNP	SANDOVAL GONZALES, Veronica		964195620	dirsapol.topicopotao@policia.gob.pe
JEFE RED NORTE	POLICLINICO SAN MARTIN	5687216		Jr. CHACO Nº 2850 REF. Intersección de la AV. PERU con AV. LIMA SMP	CRNL.	SPNP	CORTEZ GUTIERREZ Milciades	RPM 943105214	980903427	dirsapol.polsmp@policia.gob.pe sanmartinpoli2855@hotmail.com
	POLICLINICO SAN MARTIN	5687216		Jr. CHACO Nº 2850 REF. Intersección de la AV. PERU con AV. LIMA SMP	CRNL.	SPNP	CORTEZ GUTIERREZ Milciades		980903427	dirsapol.polsmp@policia.gob.pe sanmartinpoli2855@hotmail.com
	POSTA MEDICA SAN DIEGO			Calle Sto Tomas de Aquino cdra. 3 Urb. Sn Diego SMP	CRNL.	ENF	VALDIVIESO CARPIO Paula Caterine		997591661	
	P.M. HUACHO	232-5119		Calle 28 de Julio N°123 Dkt. Sta. Maria	MAY	ENF	CHAVEZ MATOS, Sonia Darinka		956253906	
	Polic. PUENTEPIEDRA	853-2277 853-2228		Cart. Panam. Norte Km. 26.5 PUENTEPIEDRA	CRNL.	SPNP.	VELAZCO MOGROVEJO, Gloria del Carmen		987509223	
	P.M. INDEPENDENCIA	521-6185		Ubicada dentro de la Cia (Av. T. Anaru Km4 1/2)	CMDTE	SPNP	ECHEGARAY OLIVERA Madelei.		989192942	dirsapol.pmindependencia@policia.gob.pe
	P.M. CARABAYLLO	487-1957		Urb. Edwin Vasquez Cam. Mz. 01, Lt. 15 Urb. ENACE	CRNL.	SPNP.	DEGOLLAR CHUPICA, Neil Guillermo		993594120	dirsapol.pmcabayllo@policia.gob.pe
RED ESTE	Polic. ZARATE - Cabecera	375-0905		Jr. Enrique Pretell s/n Urb. Zarate SAN JUAL LURIG.	CRNL.	SPNP	VILLAFANE ESPINOZA Vilma	RPM 980122205	986316627	dirsapol.redzate@policia.gob.pe villafaneespinovaz@yahoo.es
	Polic. DINOES			Fundo Barbadillo - Carretera Central	CMDTE.	SPNP	RUIZ PUYCAN Javier		949731507	dirsapol.poldinoes@policia.gob.pe
	P.M. CHACLACAYO	3581151 comsaria		COMISARIA DE CHACLACAYO	CMDTE.	ENF	VILLAFUERTE ANAMARIA, Tuia		970263283	dirsapol.pmchacacayo@policia.gob.pe
	P.M. MONTEPRICO		ENCARGADO	Av. Manuel Olguin cdra. 6 MONTEPRICO	SS PNP	AE	TOMAYLLA CAYLLAHUA, Olga		958134476	dirsapol.bpmonteprico@policia.gob.pe



## DIRECTORIO TELEFONICO DE LAS MACRO REGIONES DIRSAPOL 2020

ESTABLEC.	LUGAR	TELEFONO	GRADO	ESPECIALIDAD	APELLIDOS Y NOMBRES	CELULAR RPM ASIGNADO	CELULAR PERSONAL	CORREO DE LA UNIDAD
IRMSAP	REGSAPOL PIURA	073-343922	CRNL.	SPNP.	GARCIA GONZALES Walter		988820135	dirsapol.regsanpiura@policia.gob.pe
	SECRETARIOS				SS.PNP MORALES S3.PNP ROSA CORDOVA		997907974 956720524	
	JEFE POLICLINICO PIURA		CRNL.	SPNP.	AGUILAR CALDERON Victor Fidel		980202426	
POSMEPOL	SULLANA		CRNL.	SPNP.	MONTENEGRO MONTANO Magaly		948117372	dirsapol.pmsullana@policia.gob.pe
POSMEPOL	HUANCABAMBA	073- 473183	MAY.	SPNP.	MANCHAY GRANDA William Erasmo		945229592	regs.al.pnhuancabamba@gmail.com
POSMEPOL	TUMBES	072-600117	SS.	PNP	DIEGUEZ ROMERO Carlos		984081388	
			CAP	SPNP	ROJAS MARTIN PURIZACA BALLONA			dirsapol.regsantumbes@policia.gob.pe
IRMSAP	REGSAPOL LAMBAYEQUE SEDE CHICLAYO	074-234461	CRNL.	SPNP.	ARBOLEDA GIL, Nilton Wilber		999500298	dirsapol.regsanlambayequese@policia.gob.pe
	SECRETARIO		SS.	PNP	JUAN OLORTEGUI MARINA		943257677	
	HOSPITAL REGIONAL POLICIAL DE CHICLAYO	074-229683	CRNL.	MED.	ARBOLEDA GIL, Nilton Wilber		989600268	dirsapol.hrchiclayo@policia.gob.pe
POSMEPOL	JAEN	076-431613	CMOTE.	ODO.	ARRASCUE VILLEGAS, Maria Gracilda		962750350	dirsapol.pmjauen@policia.gob.pe
TOPICO SAN IGNASIO	SAN IGNACIO		SS.PNP		ZOLA GONZALES CHACALIAZA		978848250	dirsapol.tpsanignacio@policia.gob.pe
	CHOTA		MAY.	ENF.	LOZANO BRAVO, Marina Liliana		979583783	dirsapol.pmchota@policia.gob.pe
POL.PNP	CHACHAPOYAS		CRNL.	ENF.	ALCALA SANABRIA, Nelida Mirtha		964345321	dirsapol.polchachapoyas@policia.gob.pe
Policlinico	BAQUA GRANDE	041-474081	CAP.	MED.	MOSQUEDA VALQUI, Jhordy		965844551	dirsapol.polbaguagrande@policia.gob.pe
POSMEPOL	BAQUA CHICA	041-471225	ST1	ART	PATAZCA ESPINOZA, Alvaro Fernando		965944343	dirsapol.psbaguachica@policia.gob.pe
IRMSAP	REGSAPOL LA LIBERTAD SEDE TRUJILLO	044-282476	CRNL.	SPNP.	ASTETE ESPINOZA Graciela		976700434	dirsapol.regsanlibertad@policia.gob.pe
	SECRETARIO		ST1.	PNP	DAVILA LLANOS EMILIO		962748587	
POLICLINICO	TRUJILLO	044-282476	CRNL.	MED.	ASTETE ESPINOZA Graciela		976700434	dirsapol.poltrujillo@policia.gob.pe
POSMEPOL	PNP CHEPEN	044-563108	MAY.	OBST	MARTOS CACHI, Nelly Haydee		937534562	dirsapol.tpchepen@policia.gob.pe
TOPICO	PNP PACASMAYO		SS.		CHAVEZ RODRIGUEZ ESTEBAN		948641500	dirsapol.tppacasmayo@policia.gob.pe
IVMSAP	LORETO (605240-FIN)	065-260658	CRNL.	LAB.	CABEZUDO REATEGUI, Jose Dennis		907553697	dirsapol.regsanloretoto@policia.gob.pe
	SECRETARIO		S3	PNP	DONAYRE AGUIARARI Carla		969719186	
POLICLINICO	QUITOS	065-260658	CRNL.	MED.	SALDARRIAGA JAEN Luis Fernando		989193851	dirsapol.regsanloretoto@policia.gob.pe
IRMSAP	REGSAPOL HUANUCO	062-517665	CRNL.	SPNP.	LUIS EMILIO ESPINOZA SALCEDO		935004441	dirsapol.regsanhuancu@policia.gob.pe
	SECRETARIO		S2	PNP	JANETH HERRERA CARHUARICORA	IMPARES	991790561	
	SECRETARIO		S2	PNP	ANCO SUNI	PAIRES	971021880	
POSMEPOL	TINGO MARIA	062-562483	MAY.	SPNP.	PENADILLO CHAVEZ Enita		966364783	dirsapol.pmtngomaria@policia.gob.pe
			CAP.	SPNP.	FONSECA HUANCA Gisella Betty		997553702	
POSMEPOL	CERRO DE PASCO	063-421141	CMOTE.	SPNP.	MORLA MENESES, Juan Manuel		972907134	dirsapol.regsanpasco@policia.gob.pe
VI MSAP	JUNIN	064-200528	CRNL.	SPNP.	WARTHON PEÑA Juan Bautista		968078330	dirsapol.regsanjunin@policia.gob.pe dirsal.junin.pnp@gmail.com
	SECRETARIO		SO.	PNP	DAVILA MEDINA, Ruth		967345529	
POLICLINICO	HUANCAYO	064-200528	CRNL.	SPNP.	WARTHON PEÑA Juan Bautista		968078330	dirsapol.polhuancayo@policia.gob.pe
POSMEPOL	JAUJA	064-403540	CMOTE.	SPNP.	MAMANI LOPEZ CONSUELO EUMELLA		964619549	dirsapol.pmjauja@policia.gob.pe
POSMEPOL	ESCUELA HUANCAYO		MAY.	ENF.	TTITO LOPEZ ROSA MARCELA		981952081	dirsapol.juninetpspnpho@gmail.
POSMEPOL	LA MERCED		CMOTE.	ENF.	CAMACLANQUI GASPAR LUCILA		999663368	dirsapol.pmlamerced@policia.gob.pe
POSMEPOL	MAZAMARI		CMOTE.	MED.	ALIAGA ORIHUELA Rosmary		993655123	dirsapol.pmmazamari@policia.gob.pe
POSMEPOL	SATIPO		CAP.	SPNP.	CHOCQA QUISPE JOEL		954141002	dirsapol.pssatipo@policia.gob.pe
POSMEPOL	HUANCABELICA		CMOTE.	SPNP.	CURAHUA ARCE SATURNO		966657557	dirsapol.regsanhuancavelica@policia.gob.pe
POSMEPOL	PAMPAS		CAP.	SPNP.	GAMARRA GONZALES GABRIELA		9431361596	dirsapol.pspampas@policia.gob.pe
IX MSAP	CUSCO	084-270296	CRNL.	SPNP.	HIPOLITO GALDOS Eddy Fausto		974324348	dirsapol.regsancusco@policia.gob.pe
	SECRETARIO		SO.	PNP	QUINTANA		984768244	
POLICLINICO	CUSCO	084-270296	CMOTE.	MED.	HEREDIA CERVANTES, Sara		984719001	dirsapol.regsancusco@policia.gob.pe
PUESAPOL	ESCUELA PNP PUCUTO		CAP	SPNP	BONFACIO QUISPE ALICIA		993179346	
PUESAPOL	QUILLABAMBA	084-281942	CAP.	SPNP.	IVAN MEJIA ANCALLE		992544433	
POSMEPOL	CANCHIS SICUANI		CAP.	SPNP.	SUAREZ CATUNTA, JANETH		987356954	dirsapol.pmscanchisicuan@policia.gob.pe
POSMEPOL	ANDAHUYLAS	083-205220	CAP.	SPNP.	ALDO CALDERON RIVERA		991887134	dirsapol.pmsandahuylas@policia.gob.pe
POLICLINICO	ABANCAY	083-323710	CRNL.		LOARTE ORTEGA HUGO		984950638	dirsapol.polabancay@policia.gob.pe
POSMEPOL	CHINCHEROS	083-795928	CAP	SPNP	HUACA HUACA Janeth (TRANSFERIDA A ABANCAY POR ENFERMEDAD)		982036940	dirsapol.pmschincheros@policia.gob.pe
	ENCARGADO	083-795928	SS		CRESPO CARRION Jorge		983729445	
XVI MSAP	AYACUCHO	066-312137	CRNL.	ENF.	CANDELA CHAMPION Antenor		999929296	dirsapol.regsanayacucho@policia.gob.pe
	SECRETARIO		SO.	PNP	CURI AGUILAR Angelo		992553506	
	JEFE DEL POL. AYACUCHO.		CRNL.	SPNP	CANDELA CHAMPION Antenor		999929296	
	HUANTA	066-322768	CAP	SPNP	FIGUEROA MOSQUERA Meni		968932807	dirsapol.pmhuinta@policia.gob.pe
	PM PICHARI		MAY.	SPNP.	CELIS RODRIGUEZ Victor		989180892	
	PM PALMAPAMPA		MAY	SPNP	LUIS VENTOCILLA FRANCISCO		970213244	
	POLICLINICO ICA	056-508741 056-217502	CRNL.	SPNP.	CHACALTANA RAMOS Andres Manuel		940791604	dirsapol.regsanica@policia.gob.pe
	PM. PISCO	056-532165	CRNL.	SPNP.	TORRES LEVANO Jaime		957347059	
	PM NAZCA	056-521301	CMOTE.	MED.	LI CONDORI, Rosario Lucia		956898911	dirsapol.pmnazca@policia.gob.pe
	POL. CHINCHA	056-262817	CMOTE.	SPNP.	ADVINCULA ARTEAGA, Gerardo Javier		944894976	dirsapol.polchincha@policia.gob.pe
IX MSAP	AREQUIPA	054-244748 054-254748	CRNL.	MED.	PEREDES JUAREZ Luz Amparo		959745245	dirsapol.regsanarequipa@policia.gob.pe
	SECRETARIO		SO.	PNP	IVETH CASTILLO		963324855	
HOSPITAL POLICIAL	AREQUIPA		CRNL.	MED.	PEREDES JUAREZ Luz Amparo		959745245	
			CRNL.	SPNP	SALAS NUÑEZ Oscar (JEFE ENCARGADO)		989614252	
POSMEPOL	SAN MARTIN DE PORRES-AREQUIPA	054-461862	CRNL.	MED.	GUILLEN PINTO GLADYS		941046889	dirsapol.polsmare@policia.gob.pe
POSMEPOL	ISLAY	054-534743	CMOTE.	LIC.ENF.	SALAZAR RODRIGUEZ, Mirian		958501885	dirsapol.pmislay@policia.gob.pe
	POLICLINICO CAMANA	054-572225	CRL	MED.	CAMPOS GUTIERREZ Victor		959356914	dirsapol.pmcamana@policia.gob.pe
IRMSAP	PUNO	061-364512	CRNL.	QF	OLAVE BENITEZ, Lissy Edne		961299054	dirsapol.regsanpuno@policia.gob.pe
	SECRETARIO		S2.	PNP	APAIZA ACERO, Henry		965316634	
POSMEPOL	JULIACA	051-322793	CMOTE.	ENF.	CRUZ COLCA, Mariluz		961644640	dirsapol.pmjuliaca@policia.gob.pe
IX MSAP	SAN MARTIN (TARAPOTO)	042-564882	CRNL.	SPNP.	ALIAGA CANCHANYA A Pedro Luis		969972543	dirsapol.pmtarapoto@policia.gob.pe
	SECRETARIO		SS.	PNP	RUIZ TELLO Cesar		961948841	
	POLICLINICO TARAPOTO		MAY	SPNP	NORIEGA RIOS, Duffet		944898350	
	POL. AMAZONAS - CHACHAPOYAS	041-477063	CAP	SPNP	OLLARSE ANGULO ROSARIO		954910928	dirsapol.regsanamazonas@policia.gob.pe
IX MSAP	ANCASH	043-426868 043-426865	CMOTE.	LAB.	ROSAS LAZARO, Diogenes		972923078	dirsapol.regsanancash@policia.gob.pe
	SECRETARIO		SS.	PNP	DE LA CRUZ GUERRERO Eimer		943895299	
	POLICLINICO POLICIAL HUARAZ	043-426866	CMOTE.	SPNP.	LOZANO BROCA JOSE EMILIO		943680688	dirsapol.regsanancash@policia.gob.pe
	POSTA MEDICA POLICIAL SEDE ESCUELA DE YUNGAY	043-393710	CAP	SPNP	SUSANBAR PEÑA CARLOS		954701333	
	POLICLINICO POLICIAL CHIMBOTE	043-323425	CMOTE.	SPNP	VASQUEZ RODRIGUEZ LUCILA		943415958	
	POSTA MEDICA POLICIAL SEDE ESCUELA DE CHIMBOTE			SPNP				
	TOPICO PNP. HUARI	043-453065	S3	SPNP	SOLORZANO GUTIERREZ VICTOR		991770815	
IX MSAP	UCAYALI	061-675258	CMOTE.	SPNP.	SOSA MOROTE William Enrique		959592939	dirsapol.regsanucayali@policia.gob.pe
	SECRETARIO		SB.	PNP	MEGO TARRILLO, Eimer MADELEY		961945424	
	POL. PUCALLPA	061-575258	MAY.	SPNP.	ALVARES FLORES Ameth Galindo		954788720	
	JEFE (PUCALLPA)		MAY.	SPNP.	CARDENAS GALVEZ TERESA		981558851	
IX MSAP	TACNA	052-246160	CMOTE.	SPNP.	MANUEL MENDOZA CASILLAS		959753696	dirsapol.regsanTacna@policia.gob.pe
	SECRETARIO		S2.	PNP	ESCOBAR		944003685	
	JEFE POLPOL TACNA		CMOTE.	ENF.	ARENAS ROJAS Giovana Elena		957314784	
JEFE DE MACRO	POL. MOQUEGUA	053-462574	CMOTE.	SPNP.	MENDOZA CASILLAS Manuel Jesus		959753696	dirsapol.regsanmoquegua@policia.gob.pe
	PM ILO	053-474071	CMOTE.	SPNP.	DELGADO ALEMAN Della Angelica		974207849	dirsapol.pmlilo@policia.gob.pe
IX MSAP	MADRE DE DIOS	062-573952	CRNL.	BOL.	HUARCAYA JAIME, Jose Rudy		996357152	dirsapol.regsanmadredios@policia.gob.pe
	SECRETARIO		S2.	PNP	CAHUA ZEGARRA YRWIN		967269573	
POSMEPOL	POSMEPOL MADRE DE DIOS		CRNL.	+	ECHEVARRIA ALVAREZ, Rolando Aquiles		959941982	
DOSAJE ETILICO MMD	MADRE DE DIOS		CAP	LC.	NUÑEÑA FLORES MARCO ANTONIO		964175455	



**FORMATO DE REGISTRO DE LLAMADAS AL PERSONAL PNP, SOSPECHOSO O POSITIVO DE COVID-19**

(Cuaderno de registro de llamadas al personal PNP, sospechoso o positivo de COVID-19)

SERVICIO DEL \_\_\_\_ (día) \_\_\_\_ AL \_\_\_\_ (día) \_\_\_\_ de \_\_\_\_ (mes) \_\_\_\_ de 2020

Nº	GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	CELULAR	TURNO / HORA			Nº DE DÍA (aislamiento)	Novedades	Responsable del Seguimiento (Grado, Apellidos y Nombres)
				M	T	N			
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									



(Firmado)  
OA - XXXXX  
Nombres y Apellidos  
Grado  
(JEFE DE LA UNIDAD POLICIAL)



(Firmado)  
OA - XXXXX  
Nombres y Apellidos  
Grado  
(JEFE DE OFAD DE LA UNIDAD POLICIAL)



**FORMATO DECLARACIÓN JURADA DE NEGATIVA DE AISLAMIENTO**



**DECLARACIÓN JURADA**

GRADO : \_\_\_\_\_

APELLIDOS : \_\_\_\_\_

NOMBRES : \_\_\_\_\_

CIP N° : \_\_\_\_\_ DNI N° : \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DOMICILIARIA : \_\_\_\_\_

DISTRITO : \_\_\_\_\_ PROVINCIA : \_\_\_\_\_

TELEFONO FIJO : \_\_\_\_\_ TELEFONO CELULAR : \_\_\_\_\_

CENTRO LABORAL : \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA : \_\_\_\_\_

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

Que, he tomado conocimiento en la fecha del resultado de mi prueba **POSITIVO** para **COVID-19**, realizada en las instalaciones de la IPRESS PNP ..... y a la vez informado para realizar el aislamiento social en las instalaciones del **Centro de Aislamiento Temporal - Escuela Nacional de Formación Profesional Policial**, sito en la Auxiliar Panamericana Norte. 26, Puente Piedra, conforme las disposiciones del Comando Institucional.

En este caso el/la suscrito (a), expresa su deseo de **NO** constituirse a las instalaciones de este Centro de Aislamiento Temporal u otro centro de aislamiento, y deseo permanecer en el domicilio sito en: ..... exonerando de responsabilidad al personal de salud de la IPRESS PNP de las consecuencias de mi decisión y su repercusión en mis familiares y contactos cercanos.

Asimismo, he sido informado plenamente de los componentes relevantes que ofrece el centro de aislamiento: atención médica, medicamentos, seguimiento permanente, alimentación y que cuentan con los medios necesarios para mi traslado a un centro hospitalario de mayor complejidad, en caso se agrave mi salud (ambulancia).

En tal caso comunicaré a la brevedad posible a mi Jefe de la Unidad Policial donde laboro, así como al personal policial responsable del seguimiento de mi estado de salud.

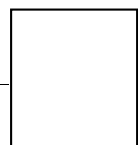
Formulo la presente declaración en virtud del principio de presunción de veracidad contemplado en la Ley N° 27444 — Ley del Procedimiento Administrativo General, sujetándome a las acciones legales y/o penas que corresponda de acuerdo a la legislación nacional vigente; por lo que firmo e imprimo mi índice derecho en señal de conformidad.

Lima, ..... de ..... del 2020.

Apellidos : \_\_\_\_\_

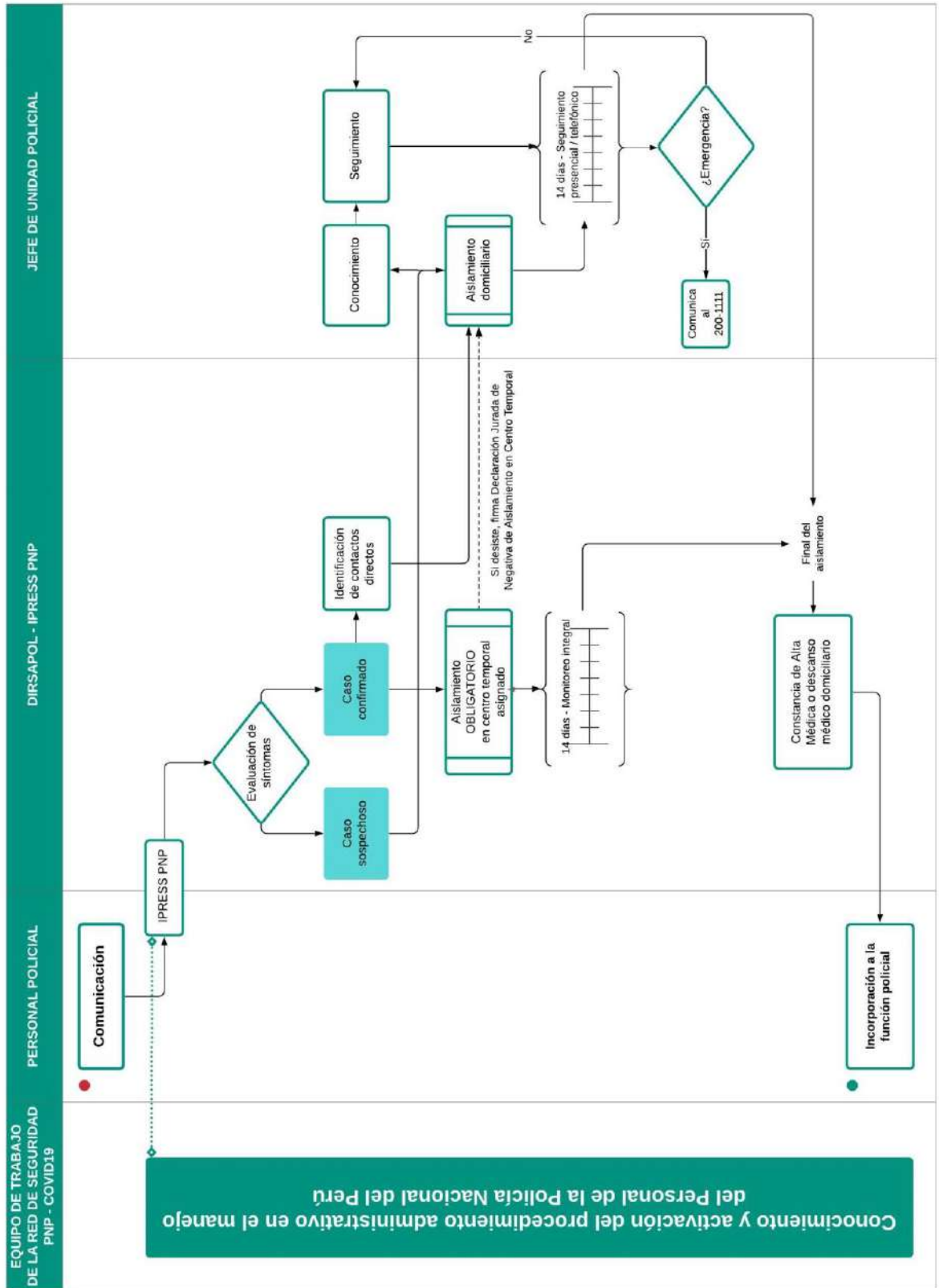
Nombres : \_\_\_\_\_

Grado : \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_



HUELLA DIGITAL

# DIAGRAMA DE FLUJO DE ATENCIÓN EN LA SALUD, SEGUIMIENTO Y AISLAMIENTO DEL PERSONAL PNP EN CASO SOSPECHOSO O CASO CONFIRMADO DE COVID-19





(Registro de pacientes hospitalizados por COVID-19 cuyos familiares han sido comunicados sobre su estado de salud)

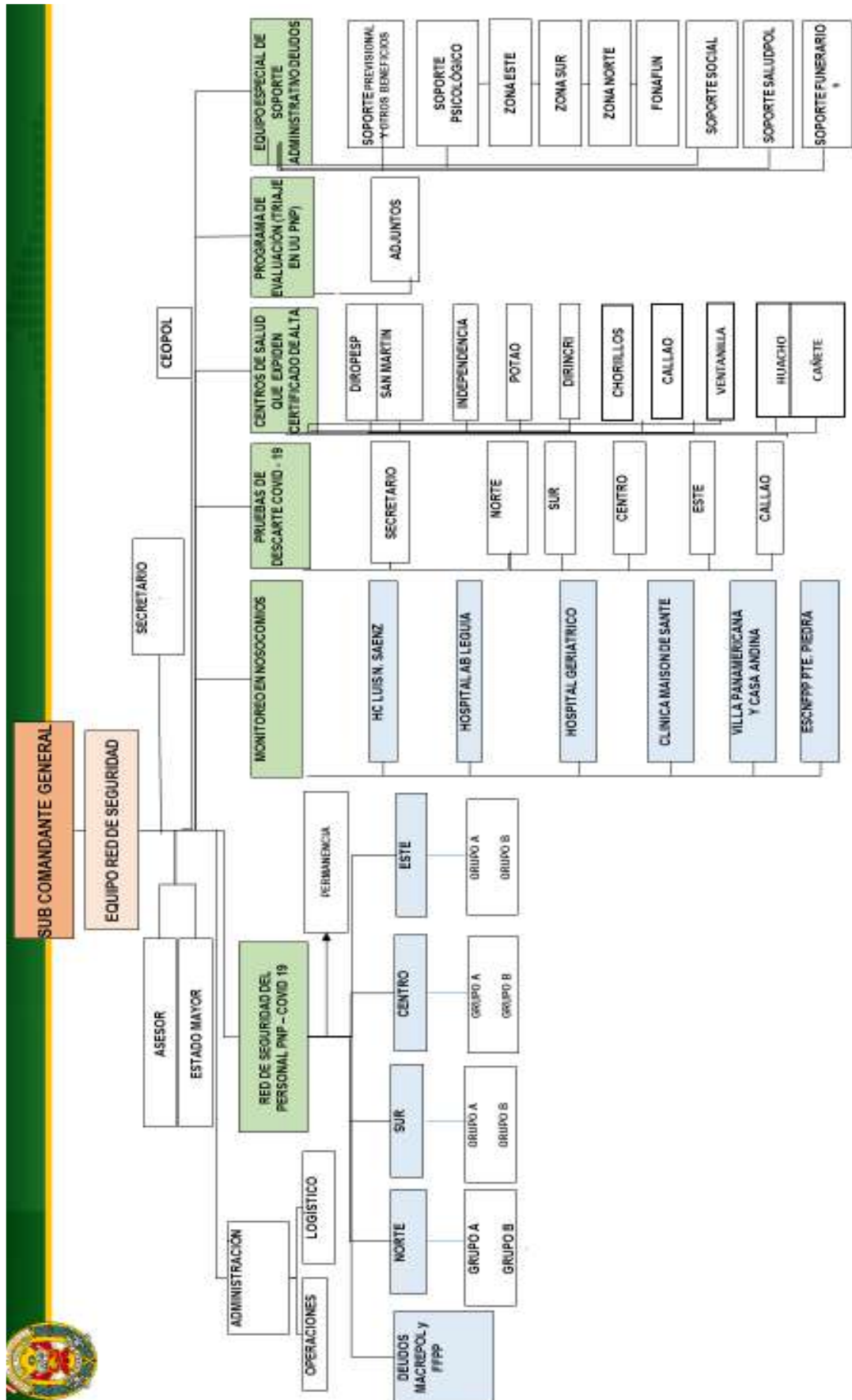
Servicio del día \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2020

Nº	GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES (del paciente)	CELULAR (proporcionado por el paciente)	HORA (de llamada)	DOMICILIO (del paciente)	GRADO Y NOMBRE (de la persona que comunica)	RESULTADOS (de la comunicación)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

CIP Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	GRADO
--------	---------------------	-------

[Médico de Servicio (nombre de hospital)]









## HORARIO Y TURNOS DE TRABAJO DE LA RSPP PNP COVID-19

CEOPOL Y EQUIPO DE ZONAS DE LA RED DE SEGURIDAD DEL PERSONAL PNP COVID-19	<u>SERVICIOS OPERATIVOS</u>
	TURNOS 24X24 DE LUNES A DOMINGO DE 08:00 A 08:00 HORAS DEL DÍA SIGUIENTE. SE CUBRE 50% SERVICIO Y 50% DESCANSA

EQUIPO ESPECIAL DE SOPORTE ADMINISTRATIVO DE DEUDOS Y SOPORTE PSICOLÓGICO	<u>SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</u>
	LUNES A VIERNES EN EL HORARIO DE 08:00 A 17:00 HORAS SABADOS DE 08:00 A 13:00 HORAS

POLICLÍNICOS PNP	
<u>SERVICIOS DE PROFESIONALES Y TECNICOS DE LA SALUD</u>	
LUNES A SABADO, SEIS (06) HORAS DIARIAS O CIENTO CINCUENTA (150) HORAS MENSUALES	
TURNO MAÑANA	07:30 A 13:30
TURNO TARDE	13:30 A 19:30

HOSPITALES PNP AREA NO COVID- CONSULTORIOS:	
<u>SERVICIOS DE PROFESIONALES Y TECNICOS DE LA SALUD</u>	
LUNES A SABADO, SEIS (06) HORAS DIARIAS O CIENTO CINCUENTA (150) HORAS MENSUALES	
TURNO MAÑANA	07:30 A 13:30
TURNO TARDE	13:30 A 19:30

HOSPITALES PNP AREA COVID
---------------------------





GUARDIAS DIURNAS	07:30 A 19:30 HORAS POR 01 DÍA DE FRANCO
GUARDIAS NOCTURNAS	19:30 A 07:30 HORAS DEL DIA SIGUIENTE, POR 02 DÍAS DE FRANCO

