



“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-19¹ [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.

¹ 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 intercurrencia 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 periodo 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 médica 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 establecer 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 comisaría 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 comisarías 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

- 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.
- Call Center Descentralizado para la Policía Nacional del Perú (Central Telefónica 2001111)²:** 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.
- Caso Asintomático³:** 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.
- Caso leve⁴:** 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.
- Caso sospechoso⁵:** 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.

² Plan de Trabajo 2020 del Call Center Descentralizado para la Policía Nacional del Perú.

³ 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.

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

⁵ Alerta Epidemiológica N° 16. CDC. MINSA.



6. **Centro de Aislamiento Temporal⁶:** 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 directo⁷:** 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-19⁸:** 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 clínico⁹:** 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-19¹⁰:** 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

⁶ Definición por el órgano proponente.

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

⁸ 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.

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

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



(cianosis).





ANEXO II

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA

 PERÚ	Ministerio de Salud	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades	FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA COVID-19		
I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN					
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: _____					
II. DATOS DEL PACIENTE					
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: _____					
INFORMACIÓN DEL DOMICILIO DEL PACIENTE					
13. Dirección de residencia actual: _____ País: _____					
Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____					
III. CUADRO CLÍNICO					
14. Fecha de inicio de síntomas: ____ / ____ / ____					
15. Hospitalizado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido					
Si fue hospitalizado, complete la siguiente información:					
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:					
<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	<input type="checkbox"/> () Muscular	<input type="checkbox"/> Pecho		
<input type="checkbox"/> Congestión nasal	<input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos	<input type="checkbox"/> () Abdominal	<input type="checkbox"/> Articulaciones		
<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Cefalea				
<input type="checkbox"/> Fiebre/escalofrío	<input type="checkbox"/> Irritabilidad/confusión				
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____					
22. Signos:					
Temperatura: ____ °C					
<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, especificar: _____					



23. Condiciones de comorbilidad

<input type="checkbox"/> Embarazo (Trimestre: _____)	<input type="checkbox"/> Pos parto (< 6 semanas)
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión)	<input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia (incluye VIH)
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal
<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Daño hepático
<input type="checkbox"/> Enfermedad crónica neurológica o neuromuscular	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____	<input type="checkbox"/> Cáncer

IV. Información de viaje y exposición en los 14 días anteriores a la fecha de inicio de síntomas (antes de informar si es asintomático)

24. Ocupación

<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Trabajador de salud
<input type="checkbox"/> Trabaja con animales	<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____
<input type="checkbox"/> Trabajador de salud en laboratorio	

25. ¿Ha viajado el paciente 14 días antes de la fecha de inicio de síntomas? Si No Desconocido

26. Si la respuesta es Si, especifique los lugares a los que el paciente viajó:

País _____ Ciudad _____

1 _____
2 _____
3 _____

27. ¿Ha visitado algún establecimiento de salud en los 14 días antes del inicio de síntomas? Si No Desconocido Si la respuesta es Si, nombre del EESS _____

28. ¿Ha tenido el paciente contacto cercano con una persona con infección respiratoria aguda en los 14 días previos al inicio de síntomas? Si la respuesta es si, marque según corresponda:

<input type="checkbox"/> Entorno de salud	<input type="checkbox"/> Entorno familiar	<input type="checkbox"/> Lugar de trabajo
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____	

29. ¿Ha tenido contacto con un caso confirmado o probable en los 14 días antes del inicio de síntomas? Si No Desconocido

Si la respuesta es si, liste los datos de los casos confirmados o probables:

Caso 1: _____
Caso 2: _____
Caso 3: _____

Si la respuesta es si, marque el entorno, según corresponda:

<input type="checkbox"/> Entorno de salud	<input type="checkbox"/> Entorno familiar	<input type="checkbox"/> Lugar de trabajo
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____	

Si la respuesta es si, registre el país/departamento/localidad de exposición: _____

30. ¿Ha visitado algún mercado donde se encuentre animales vivos en los 14 días antes del inicio de síntomas? Si No Desconocido

Si la respuesta es si, registre el país/departamento/localidad de exposición: _____

V. LABORATORIO (Para ser llenado por laboratorio)

31. Fecha de toma de muestra: _____ / _____ / _____

32. Tipo de muestra: _____ 33. Tipo de prueba: _____

34. ¿Se realizó secuenciamiento? Si No Desconocido

35. Fecha de resultado de laboratorio: _____ / _____ / _____

VI. INVESTIGADOR

36. Persona que llena la ficha: _____

37. Firma y sello:



PERÚ

Ministerio
del
Interior

Policía Nacional del Perú

Dirección de
Sanidad
Policial

Equipo Central de
Crisis COVID 19

INSTRUCTIVO DE TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COVID-19

- A. 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.
- B. El paciente podrá llamar al call center COVID 19 o acercarse a una de las IPRESS PNP cuya lista se adjunta. (Anexo 1)
- C. 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

1. Médico tratante llenará la **HISTORIA CLÍNICA COVID-19**. (Anexo 2), identificando la presencia de síntomas, factores de riesgo y criterios de severidad.
2. 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

3. 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 anormalidad 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 evaluaran diariamente signos/síntomas de alarma con **HOJA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTE COVID-19 (Anexo 3)**, iniciaran como tratamiento:

Hidratación oral y sintomáticos

- **Hidroxicloroquina** 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) Hidroxicloroquina.
- C) Ivermectina.
- D) Combinación de hidroxicloroquina con ivermectina.
- E) Combinación de hidroxicloroquina 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).
- Hidroxicloroquina 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 RONDÓN
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 HNPNP 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.

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

Neoplasia maligna

Diabetes Mellitus

Obesidad

Enfermedad hepática crónica

Quimioterapia o radioterapia en los últimos 2

EPOC

años

Fibrosis pulmonar

Síndrome de Down

Fumador crónico

TBC

Gestante SS: _____ (Solicitar ficha ACOG)

Uso crónico de corticoides (>10mg/día >30d)

Hipertensión arterial

Uso crónico de Anti-TNF

Insuficiencia renal

VIH

Otro tipo de inmunosupresión: _____

Vacuna para neumococo: Últimos 5 años Últimos 2 meses No tiene No sabe

D. Examen físico:

FC: _____

FR: _____

PA: _____

SatO2: _____

T°: _____

Peso: _____

Talla: _____

Circunferencia abdominal: _____

Cicatriz BCG: Sí No

Hallazgos sistema respiratorio/cardiovascular:

MV pasa bien ACP

Ruidos cardíacos rítmicos no soplos

Crepitantes en bases

Arritmia cardíaca

Otros rales respiratorios

Soplos cardíacos

Otros hallazgos



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-dínero >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)

Hidroxicloroquina 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

Hidroxicloroquina + ivermectina

Hidroxicloroquina + 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-dínero > 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/µL.
- Sat 02 < 93%.
- FR > 24 xmin

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
- PaCO₂ < 32 mmHg
- PAS menor de 100 mmHg o PAM < 65 mmHg
- PO₂ < 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 (*):
Nº HISTORIA CLÍNICA (*):		FECHA DE NACIMIENTO (*):	DNI (*):
		/ /	
SEXO:	FECHA (*):	HORA (*):	Nº 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 (*):	Nº DE TELÉFONO (*):

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, hidroxicloroquina, 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.

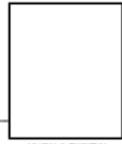


DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

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

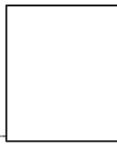
HUELLA DIGITAL

(*) 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

		POLICIA NACIONAL DEL PERÚ DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICIAL (AGREGAR IPRE 88 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]			
<u>Indicaciones:</u> - - -			
....., 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	5637216	JR. CHACO N° 2850 REF. Intersección de la AV. PERU con AV. LIMA SMP	CRNL.. SPNP	CASTAÑEDA CASAVERDE Virginia	997549968
3	POSMEPOL INDEPENDENCIA	521-6185	Ubicada dentro de la Cía (Av.T. Amaru Km4 1/2)	CMDTE SPNP	ECHEGARAY OLIVERA Madleli.	989192942
4	TOPICO POTAQ	4813748	Jr. Cajamarca s/n - RIMAC	CAP SPNP	SANDOVAL GONZALES, Veronica	954195620
5	POLPOL DIRINCRI (COIP)	-	Av. Espana cdra. 3. Edificio "15 de Setiembre" Lima	CRNL SPNP	SALAS TORRES Orlando Jaime	987827327
6	POLPOL EO - PNP	467-1207	Av. Gdla Civil Cdra. 8 La Campiña - CHORRILLOS	CRNL ENF	PAZ SOLDAN OBLITAS, Carmen Milagritos	987537071
7	POLPOL CALLAO	453-0464 425-1323	Av. La Paz Cdra. 11 - CALLAO	CRNL SPNP	GARAY TIMOTEO LIMBER JULIO	999951951
8	POSMEPOL VENTANILLA	553-6129	Av. Pedro Beltrán 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 CANETE	284-8487	Prolg. A. B. Leguia - Cariete s/n - Nuevo Imperial	CRNL.. SPNP	ALCALA SANABARIA, Nélida	964345321



ANEXO VI



DIRECTORES DE LOS HOSPITALES SPNP 14FEB2020

GRADO	APELIDOS Y NOMBRES	UNIDAD / SUB UNIDAD / COMISARIA	CARGO	CELULAR RPM PNP ASIGNADO	CELULAR PERSONAL	TELEF. FIJO OFICINA	TELEF/0 CELULAR CEO POL	TEL. SERV GUARDIA	CORREO UNIDAD	CORREO PERSONAL	DIRECCION
CRNL	SPNP CABRERA CONTRERAS NASY	HOSPITAL CENTRAL "LNS"	DIRECTOR	947731988	2614020	2618554 Fax	980121355		dirspol.hnls.dir@policia.gob.pe		
CRNL	SPNP VILLACORTA RUIZ Jorge Alberto	HOSPITAL GERIATRICO "SAN JOSE"	DIRECTOR	997540728	2637583	2632080	980121357	2632118	dirspol.hsjgj.se@policia.gob.pe	jorvitus@yahoo.es	CALLE RAMON CASTILLA N°660 SAN MIGUEL
CRNL	SPNP HAMASAKI HAMAGUCHI JOSE LUIS	HOSPITAL "AGUSTO DE LEGUIA"	DIRECTOR	995068659	4832851	980122209	980122209		dirspol.hab@policia.gob.pe		
CRNL	SPNP PORTAL BUSTAMANTE Name	CLINICA ODONTOLOGICA "ANGAMOS"	DIRECTOR	999975762	2416130				dirspol.di.todo.angamos@policia.gob.pe		



REDES DIRSAPOL - 10FEB2020

RED	UNIDAD	TELEF	NEC	DIRECCION	GRADO	ESPEC	APELLIDOS Y NOMBRE	CELULAR RPM	CELULAR PERSONAL	CORREO UNIDAD
JEFE RED SUR	POLIC. SAN BORJA	224-2188		Av. Las Artes Norte 332 - SAN BORJA	CRNL.	SPNP	HURTADO VELASQUEZ CE CECILIA	980121443	995737204	dirsan.borja@policia.gob.pe hurtado@hotmail.com
	POLIC. SAN BORJA	224-2188		Av. Las Artes Norte 332 - SAN BORJA	CRNL.	SPNP	TIPIAN ESCOBAR Miguel	995085391		
	POLICLIN. EO - PNP	467-1207	SS. PNP	836-315 836-236 9833714355	SECRETARIO	CRNL.	ENF	PAZ SOLDAN OBLITAS, Carmen Milagritos	987537071	dirsan.policlinico@policia.gob.pe
	POSTA MEDICA CAÑETE	284-8487		Av. Gela Civil Cdra. 8 La Campiña - CHORRILLOS	Prolq.A. B. Leguia - Cañete s/n	SPNP	ALCALA SANABRIA, Neldia	984345321	dirsan.policlinico@policia.gob.pe	
	POSTA MED. SAN BARTOLO	822-2209		Av. El Gofín s/n San Bartolo (Km.50 P.Sur)	MAY	SPNP	CARI GORDILLO, Lesli	997585660	dirsapol.pmsanbartolo@policia.gob.pe	
	Polic. MININTER			Plaza 30 de Agosto s/n SAN ISIDRO	CRNL.	SPNP	TOLEDO CORDOVA Adriana	99921916		
RED OESTE:	Polic. CALLAO	453-0464 429-1323		Av. La Paz Cdra. 11 - CALLAO	CRNL.	SPNP	GARAY TIMOTE O LIMBER JULIO	986834492	99951951	dirsapol.policallao@policia.gob.pe limber@25mboymail.com
	Polic. PNP. VIPOL	574-1788	823-284	Av. Los Nenúfares Esq. Calle Las Camelias	CRNL.	SPNP	TAMAYO GUTIERREZ, Maria Salome	992776315	dirsapol.pnrvipol@policia.gob.pe	
	P.M. VENTANILLA	553-6129		Av. Pedro Boltan cdra 10 N°386 (Pz. de Armas-VEN)	CAP	ODO	RAMIREZ GUILLEN, Jesus	987208487	dirsapol.pnrventanilla@policia.gob.pe	
	Polic. DIRAPOL	5388348	855-240	Av. E. Faucett - Aeropuerto CALLAO	MAY.	SPNP	YANGORA ROMAN, Guido Manuel Luis	991694591	dirsapol.pndirapolo@policia.gob	
RED CENTRO	Polic. "W. ROSALES LEON" AR	222-6318	834-272	Complejo Policial "W. Rosales Leon" Av. Andres Aramburu 550, Surquillo	CRNL.	SPNP	SALAS TORRES Orlando Jaime	980121364	987327327	dirsapol.pnredcentro@policia.gob.pe orlando@chotmail.com
	Polic. "W. ROSALES LEON" AR	222-6318		Complejo Policial "W. Rosales Leon" Av. Andres Aramburu 550, Surquillo	CRNL.	SPNP	MAS SERVAN, Jhudit	997355678		
	P. M. DIRINCR (COP)	823-2402	823-2277	Av. España cda. 3. Edificio "15 de Setiembre" Lima	CRNL.	SPNP	SALAS TORRES Orlando Jaime	987327327	dirsapol.pnmcop@policia.gob.pe	
	Topico POTAO	481-3748		Jr. Cajamarca s/n - RIMAC	CAP	SPNP	SANDOVAL GONZALES, Veronica	954195620	dirsapol.topico@potao@policia.gob	
JEFE RED NORTE	POLICLINICO SAN MARTIN	5687216		IR. CHACO N° 2850 BCF. Intersección de la AV. PERU con AV. LIMA SMP	CRNL.	SPNP	CORTEZ GUTIERREZ Micaelades	943105214	988903427	dirsan.polsanmartin@poli2838@hotmail.com
	POLICLINICO SAN MARTIN	5687216		JR. CHACO N° 2850 BCF. Intersección de la AV. PERU con AV. LIMA SMP	CRNL.	SPNP	CORTEZ GUTIERREZ Micaelades	980903427		dirsan.polsanmartin@poli2838@hotmail.com
	POSTA MEDICA SAN DIEGO	232-5119		Calle Sto Tomas de Aquino cdra. 3	CRNL.	ENF	VALDIVIESO CARPIO Paula Cateíne	997591661		
	PM. HUACHO	855-2277	855-2228	Calle 28 de Julio N°123 Dist. Sta. Maria	MAY	ENF	CHAVEZ MATOS, Sonia Darinka	996253506		
	Polic. PUENTE PIEDRA	521-6185		Cant-Panam. Norte Km. 26.5 PUENTE PIEDRA	CRNL.	SPNP	VELAZCO MOGROVEJO, Gloria del Carmen	99769923		
	P.M. INDEPENDENCIA			Ubicada dentro de la Cta (Av.T. Ahuari Km.12)	CMDTE	SPNP	ECHEGARAY OIVERA Madeli.	998192942	dirsapol.pnmindependencia@policia.gob.pe	
	P.M. CARABAYILLO	487-1957		Urb. Edwin Vasquez Cam. Mz. G1, Lt.15 Urb. ENACE	CRNL.	SPNP	DEGOLLAR CHUPICA, Neil Guillermo	993594120		
RED ESTE	Polic. ZARATE - Cabecera	375-0905		Jr. Enrique Pretell s/n Urb. Zarate SAN JUAN LURIG.	CRNL.	SPNP	VILLAFANE ESPINOZA Vilma	980122205	986316627	dirsapol.pnredeste@policia.gob.pe villafane@polinorau@yahoo.es
	Polic. DINOES			Fundo Barbadillo - Carretera Central	CMDTE.	SPNP	RUIZ PUYCAN Javier	949731607		
	P.M. CHACLA CAYO	3681151		COMISARIA DE CHACLA CAYO	CMDTE.	ENF	VILLA FUERTE ANAMARIA, Tula	970263293	dirsapol.pnchaclacayo@policia.gob.pe	
	P.M. MONTERICO	ENCARGADO		Av. Manuel Olguin cdra. 6 MONTERICO	SS PNP	AE	TOMAYILLA CATLAHIA Ojiga	9958134476	dirsapol.pnmonterico@policia.gob.pe	



DIRECTORIO TELEFONICO DE LAS MACRO REGIONES DIRSAPOL 2020

ESTABLEC.	LUGAR	TELEFONO	GRADO	ESPECIA LIDAD	APELLIDOS Y NOMBRES	CELULAR RPM ASIGNADO	CELULAR PERSONAL	CORREO DE LA UNIDAD
I MRSAPOL	REGSAPOL PIURA	073-343922	CRNL	SPNP.	GARCIA GONZALES Walter		968820135	dirsapol.regsapoliura@policia.gob.pe
	SECRETARIOS				SS.PNP MORALES S3.PNP ROSA CORDOVA		997907974 956729524	
	JEFE POLICLINICO PIURA		CRNL.	SPNP.	AGUILAR CALDERON Victor Fidel		98022426	
POSMEPOL	SULLANA		CRNL.	SPNP.	MONTENEGRERO MONTANO Magaly		948117372	dirsapol.pmsullana@policia.gob.pe
POSMEPOL	HUANCABAMBA	073- 473183	MAY.	SPNP.	MANCHAY GRANDA William Erasmo		945229592	regsal.pnphuancabamba@gmail.com
			SS.	SPNP.	DIEGUEZ ROMERO Carlos		984081388	
POSMEPOL	TUMBES	072-600117	CAP	SPNP	ROJAS MARTIN PURIZACA BALLONA			dirsapol.regsantumbes@policia.gob.pe
II MRSAPOL	REGSAPOL LAMBAYEQUE SEDE CHICLAYO	074-234461	CRNL	SPNP	ARBOLEDA GIL Nitton Wilber		989600268	dirsapol.regsantlambayeque@policia.gob.pe
	SECRETARIO		SS.	PNP	JUAN OLORTEGUI MARINA		94325777	
	HOSPITAL REGIONAL POLICIAL DE CHICLAYO	074-229683	CRNL	MED.	ARBOLEDA GIL Nitton Wilber		989600268	dirsapol.hrcchiclayo@policia.gob.pe
POSMEPOL	JAEN	076-431613	CMDTE.	ODO.	ARRASCUE VILLEGAS, Maria Gracilda		962750350	dirsapol.pmjaren@policia.gob.pe
TOPICO SAN IGNACIO	SAN IGNACIO			SS.PNP	ZOILA GONZALES CHACALIAZA		978848250	dirsapol.tpsanignacio@policia.gob.pe
	CHOTA		MAY	ENF.	LOZANO BRAVO, Marina Liliana		979583783	dirsapol.pchotachota@policia.gob.pe
POLPNP	CHACHAPOYAS		CRNL	ENF.	ALCALA SANABRIA, Nelia Mirtha		96345321	dirsapol.pchachapoyas@policia.gob.pe
Policlinico	BAGUA GRANDE	041-474081	CAP.	MED.	MOSQUEDA VALQUI, Jhordi		965844561	dirsapol.poblaguagrande@policia.gob.pe
POSMEPOL	BAGUA CHICA	041-471225	ST1	ART	PATAZCA ESPINOZA, Alvaro Fernando		965944343	dirsapol.psbagachica@policia.gob.pe
III MRSAPOL	REGSAPOL LA LIBERTAD SEDE TRUJILLO	044-282476	CRNL	SPNP	ASTETE ESPINOZA Graciela		976700434	dirsapol.regsantalibertad@policia.gob.pe
	SECRETARIO		ST1.	PNP	DAVILA LLANOS EMILIO		992748587	
POLICLINICO	TRUJILLO	044-282476	CRNL	MED.	ASTETE ESPINOZA Graciela		976700434	dirsapol.potrujillo@policia.gob.pe
POSMEPOL	PNP CHEPEN	044-563108	MAY	OBST	MARTOS CACHI, Neily Haydee		93753462	dirsapol.tpchepen@policia.gob.pe
TOPICO	PNP PACASAYMO		SS.		CHAVEZ RODRIGUEZ ESTEBAN		948641500	dirsapol.tppacasaymo@policia.gob.pe
IV MRSAPOL (609240-Fijo)		065-260658	CRNL	LAB	CABEZUDO REATEGUI, Jose Dennis		997538697	dirsapol.regsanloro@policia.gob.pe
	SECRETARIO		S3	PNP	DONAYRE AGUANARI Carla		969719186	
POLICLINICO	QUITOS	065-260658	CRNL	MED.	SALDARRAGA JAEN Luis Fernando		969193851	dirsapol.regsanloro@policia.gob.pe
V MRSAPOL	REGSAPOL HUANUCO	062-517665	CRNL	SPNP	LUIS EMILIO ESPINOZA SALCEDO		930044441	dirsapol.regsanhuanuco@policia.gob.pe
	SECRETARIO		S2	PNP	JANEITH HERRERA CARHUARICRA	IMPARES	991790561	
	SECRETARIO		S2	PNP	ANCO SUNI	PARES	971021880	
POSMEPOL	TINGO MARIA	062-562483	MAY.	SPNP.	PENADILLO CHAVEZ Enita		966364783	dirsapol.pmtingomaria@policia.gob.pe
			CAP.	SPNP.	FONSECA HUANCA Gisella Betty		997553702	
POSMEPOL	CERRO DE PASCO	063-421141	CMDTE	SPNP	MORLA MENESES, Juan Manuel		972907134	dirsapol.regsanpasco@policia.gob.pe
VI MRSAPOL	JUNIN	064-200528	CRNL	SPNP	WARTHON PERA Juan Bautista		998878332	dirsapol.drsaljunin.pnp@gmail.com
	SECRETARIO		SO.	PNP	DAVILA MEDINA, Ruth		957345529	
POLICLINICO	HUANCAYO	064-200528	CRNL	SPNP	WARTHON PERA Juan Bautista		998078330	dirsapol.pohuancayo@policia.gob.pe
POSMEPOL	JAUJA	064-403540	CMDTE	SPNP	MAMANI LOPEZ CONSELDO EUMELLA		9646119549	dirsapol.pmjauja@policia.gob.pe
POSMEPOL	ESCUELA HUANCAYO		MAY	ENF.	TITTO LOPEZ ROSA MARCELA		981952081	dirsapol.pnjuninetspnphyo@gmail.com
POSMEPOL	LA MERCE		CMDTE	ENF.	CAMACALLANQUI GASPAR LUCILA		999663368	dirsapol.pmlamerced@policia.gob.pe
POSMEPOL	MAZAMARI		CMDTE.	MED.	ALIAGA ORIHUELA Rosmery		993656123	dirsapol.pnmazamari@policia.gob.pe
POSMEPOL	SATIPO		CAP.	SPNP	CHOCCHA QUISPE JOEL		954141002	dirsapol.pssatipo@policia.gob.pe
POSMEPOL	HUANCAYELICA		CMDTE	SPNP	CURAHUA ARCE SATURNO		966657557	dirsapol.regsanhuanayelica@policia.gob.pe
POSMEPOL	PAMPAS		CAP.	SPNP	GAMARRA GONZALES GABRIELA		943161596	dirsapol.pspampas@policia.gob
VII MRSAPOL	CUSCO	084-270296	CRNL	SPNP	IPOLITO GALDOS Eddy Fausto		974324348	dirsapol.regsancusco@policia.gob.pe
	SECRETARIO		SO.	PNP	QUINTANA		984768244	
POLICLINICO	CUSCO	084-270296	Cmdte	MED.	HEREDIA CERVANTES, Sara		984719001	dirsapol.regsancusco@policia.gob.pe
PUESAPOL	ESCUELA PNP PUCUTO		CAP.	SPNP	BONIFACIO QUISPE ALICIA		993179346	
PUESAPOL	QUILLABAMBA	084-281942	CAP.	SPNP	IVAN MEJIA ANCALLE		992544433	
POSMEPOL	CANCHIS SICUANI		CAP.	SPNP	SUAREZ CATUNTA, JANEITH		987356954	dirsapol.pmscanchisicuani@policia.gob.pe
POSMEPOL	ANDAHUAYLAS	083-205220	CAP.	SPNP	ALDO CALDERON RIVERA		991887134	dirsapol.pmsandahuaylas@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	
VIII MRSAPOL	AYACUCHO	068-312137	CRNL	ENF.	CANDELA CHAMPION Antenor		999929296	dirsapol.regsanayacucho@policia.gob.pe
	SECRETARIO		SO.	PNP	CURI AGUILAR Angelo		99253506	
	JEFE DEL POL. AYACUCHO.		CRNL	SPNP	CANDELA CHAMPION Antenor		999929296	
	HUANTA	066-322768	CAP.	SPNP	FIGUEROA MOSQUERA Merv		968893287	dirsapol.pmhuenta@policia.gob.pe
PM PICHARI			MAY.	SPNP.	CELIA RODRIGUEZ Victor		989180892	
PM PALMAPAMPA			MAY.	SPNP	LUIS VENTOCILLA FRANCISCO		970213244	
POLICLINICO ICA		059-508741	CRNL	SPNP	CHACALTANA RAMOS Adres Manuel		940791604	dirsapol.regsanica@policia.gob.pe
PM. PISCO		056-217502	CRL	SPNP	TORRES LEVANO Jaime		957347059	
PM NAZCA		056-521365	CMDTE.	MED.	LI CONDORI Rosario Lucia		956899111	dirsapol.pmnazca@policia.gob.pe
POL. CHINCHA		056-521301	CMDTE.	MED.	ADVINCULA ARTEAGA, Gerardo Javier		94489476	dirsapol.polchincha@policia.gob.pe
IX MRSAPOL	AREQUIPA	054-244748	CRNL	MED.	PAREDES JUAREZ Luz Amparo		995745245	dirsapol.regsanarequipa@policia.gob.pe
	SECRETARIO		SO.	PNP	IVETH CASTILLO		993324855	
HOSPITAL POLICIAL	AREQUIPA						998745245	
POSMEPOL	SAN MARTIN DE PORRES-AREQUIPA	054-461862	CRNL	MED.	GUILLEN PINTO GLADYS		941046889	dirsapol.pmsm.are@policia.gob.pe
POSMEPOL	ISLAY	054-534743	CMDTE	LIC.ENF.	ALAZAR RODRIGUEZ Mirian		958501885	dirsapol.pmislay@policia.gob.pe
POLICLINICO CAMANA		054-572225	CRL	MED.	CAMPOS GUTIERREZ Javier		959356914	dirsapol.pmcamana@policia.gob.pe
X MRSAPOL	PUNO	051-384512	CRNL	OF	OLAVE BENITEZ, Lisy Edme		991299054	dirsapol.regsanpuno@policia.gob.pe
	SECRETARIO		S2.	PNP	APAZA ACERO, Henry		985316634	
POSMEPOL	JULIACA	051-322793	CMDTE.	ENF.	CRUZ COLCA, Mariluz		951644640	dirsapol.pmjulaca@policia.gob.pe
XI MRSAPOL	SAN MARTIN (TARAPOTO)	042-564682	CRNL	SPNP	ALIGA CANCHAYA Pedro Luis		955972643	dirsapol.pmtarapoto@policia.gob.pe
	SECRETARIO		SS.	PNP	RUIZ TELLO Cesar		981948841	
POLICLINICO TARAPOTO			MAY.	SPNP.	NORIEGA RIOS, Duffet		944989350	
POL. AMAZONAS - CHACHAPOYAS		041-477053	CAP	SPNP	OILLARSE ANGULO ROSARIO		954910928	dirsapol.regsanamazonas@policia.gob.pe
XII MRSAPOL	ANCASH	043-426554	CMDTE.	LAB	ROSAS LAZARO, Olgarias		97293078	dirsapol.regsanancash@policia.gob.pe
	SECRETARIO		SS.	PNP	DE LA CRUZ GUERRERO Elmer		943865299	
POLICLINICO POLICIAL HUARAZ		043-426866	CMDTE	SPNP.	LOZANO BROCA JOSE EMILIO		943680688	dirsapol.regsanhuaraz@policia.gob.pe
POSTA MEDICA POLICIAL SEDE		043-393539	CAP	SPNP.	SUSANIBAR PEÑA CARLOS		954703133	
POLICLINICO POLICIAL CHIMBO		043-393710	CMDTE	SPNP	VASQUEZ RODRIGUEZ LUCILA		943415958	
POSTA MEDICA POLICIAL SEDE		043-323425	CMDTE	SPNP				
TOPICO PNP. HUARI		043-453065	S3	SPNP	SOLORZANO GUTIERREZ VICTOR		991770815	
XIII MRSAPOL	UCAYALI	061-575258	CMDTE	SPNP	SOZA MORTOLE William Enrique		995992639	dirsapol.regsanucayali@policia.gob.pe
	SECRETARIO		SB.	PNP	MEGO TARRILLO, Elmer		961945424	
POL. PUCAULLPA		061-575258	MAY.	SPNP.	MADELEY NORIEGA		942974823	
	JEFE (PUCAULLPA)		MAY.	SPNP.	ALVAREZ FLORES Ameth Galindo		954787270	
	JEFES (PUCAULLPA)		MAY.	SPNP.	CARDENAS GALVEZ TERESA		961558851	
XIV MRSAPOL	TACNA	052-246160	CMDTE.	SPNP	MANUEL MENDOZA CASILLAS		995753695	dirsapol.regsantacna@policia.gob.pe
	SECRETARIO		S2.	PNP	ESCOBAR		944003685	
JEFE DE MACRO	POL. MOQUEGUA	053-462574	CMDTE.	ENF.	ARENAS ROJAS Giovana Elena		957314764	
PM ILO		053-474071	CMDTE.	SPNP.	MENDOZA CASILLAS Manuel Jesus		995753696	dirsapol.regsanmoquegua@policia.gob.pe
XV MRSAPOL	MADRE DE DIOS	062-573902	CRNL	BIOL	HUARCAYA JAIME, Jose Rudy		995357152	dirsapol.regsanmadredios@policia.gob.pe
	SECRETARIO		S2.	PNP	CAHUZA ZEGARRA YRWIN		967269573	
POSMEPOL	POSMEPOL MADRE DE DIOS		CRNL	*	ECHAVEARRIA ALVAREZ, Rolando Aquiles		959941982	
DOSAJE ETILICO MMD	MADRE DE DIOS		CAP	LC.	NURENA 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 DIA (aislamiento)	Novedades	Responsable del Seguimiento (Grado, Apellidos y Nombres)
				M	T	N			
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									



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



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

ANEXO VII



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 penales 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

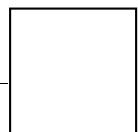
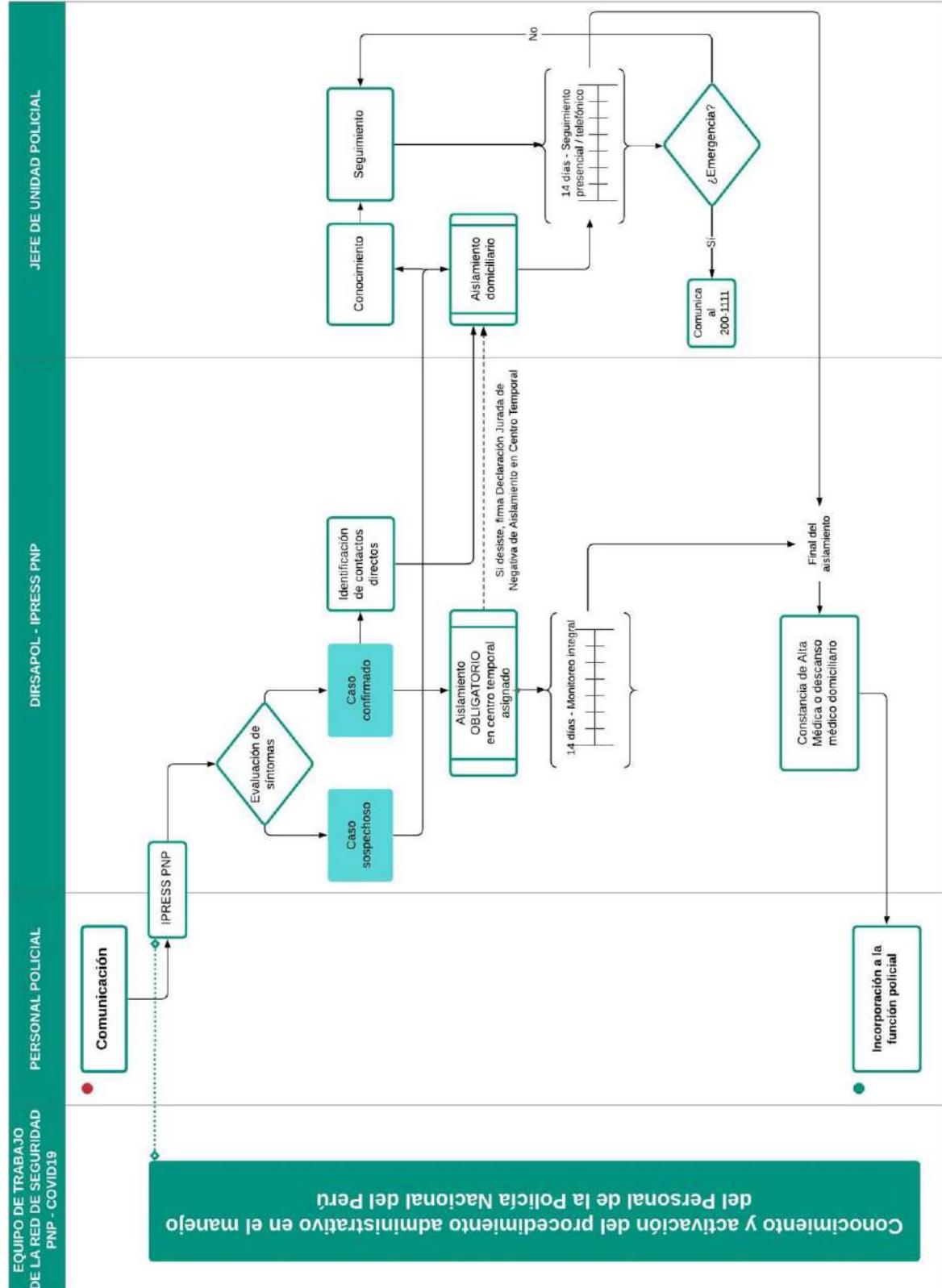




DIAGRAMA DE FLUJO DE ATENCIÓN EN LA SALUD, SEGUIMIENTO Y AISLAMIENTO DEL PERSONAL PNP EN CASO SOSPECHOSO O CASO CONFIRMADO DE COVID-19





FORMATO DE REGISTRO DE COMUNICACIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR 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							

(Firmado)

CIP N° _____
NOMBRES Y APELLIDOS
GRADO

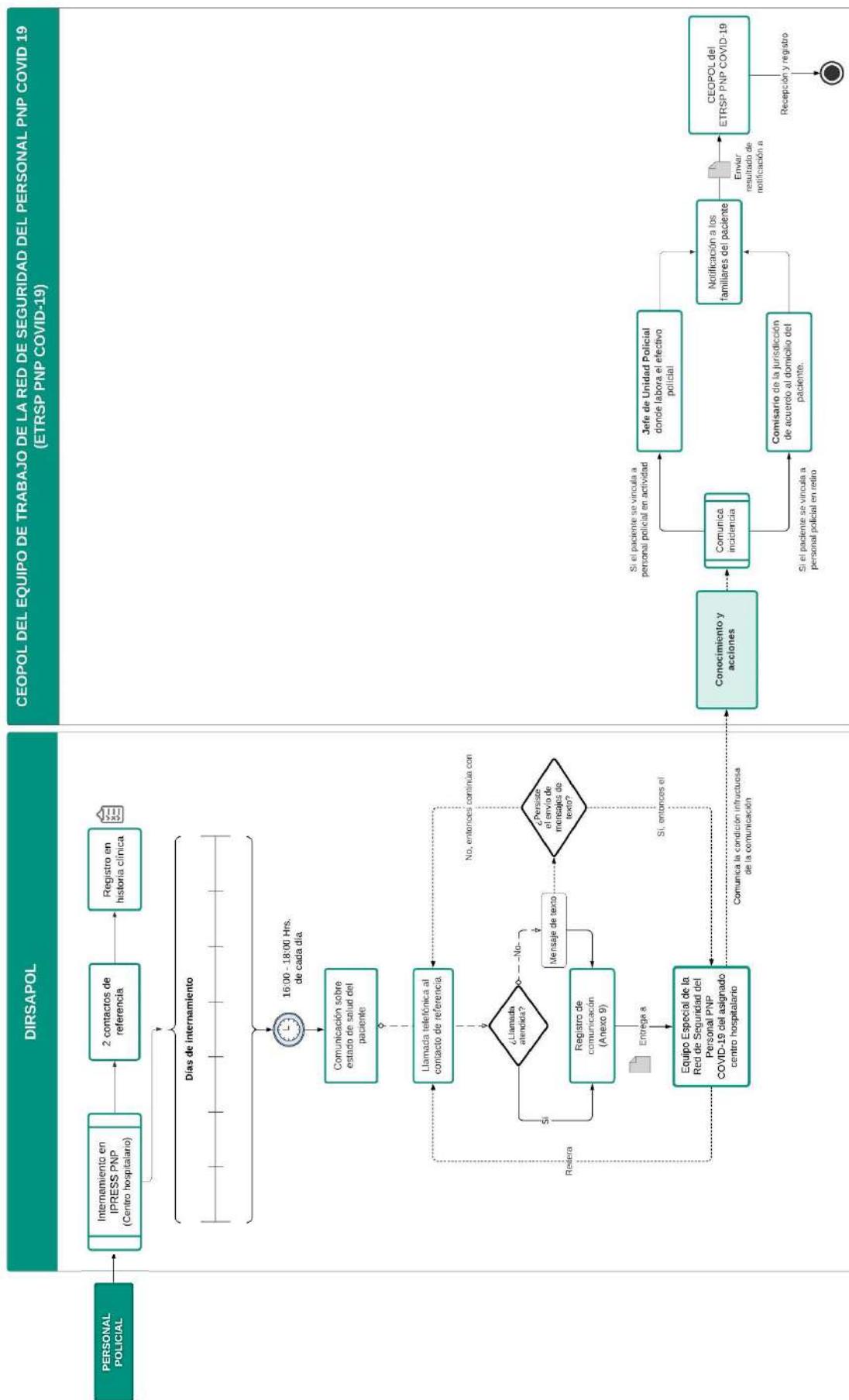
[(Médico de Servicio (nombre de hospital))]



ANEXO XI

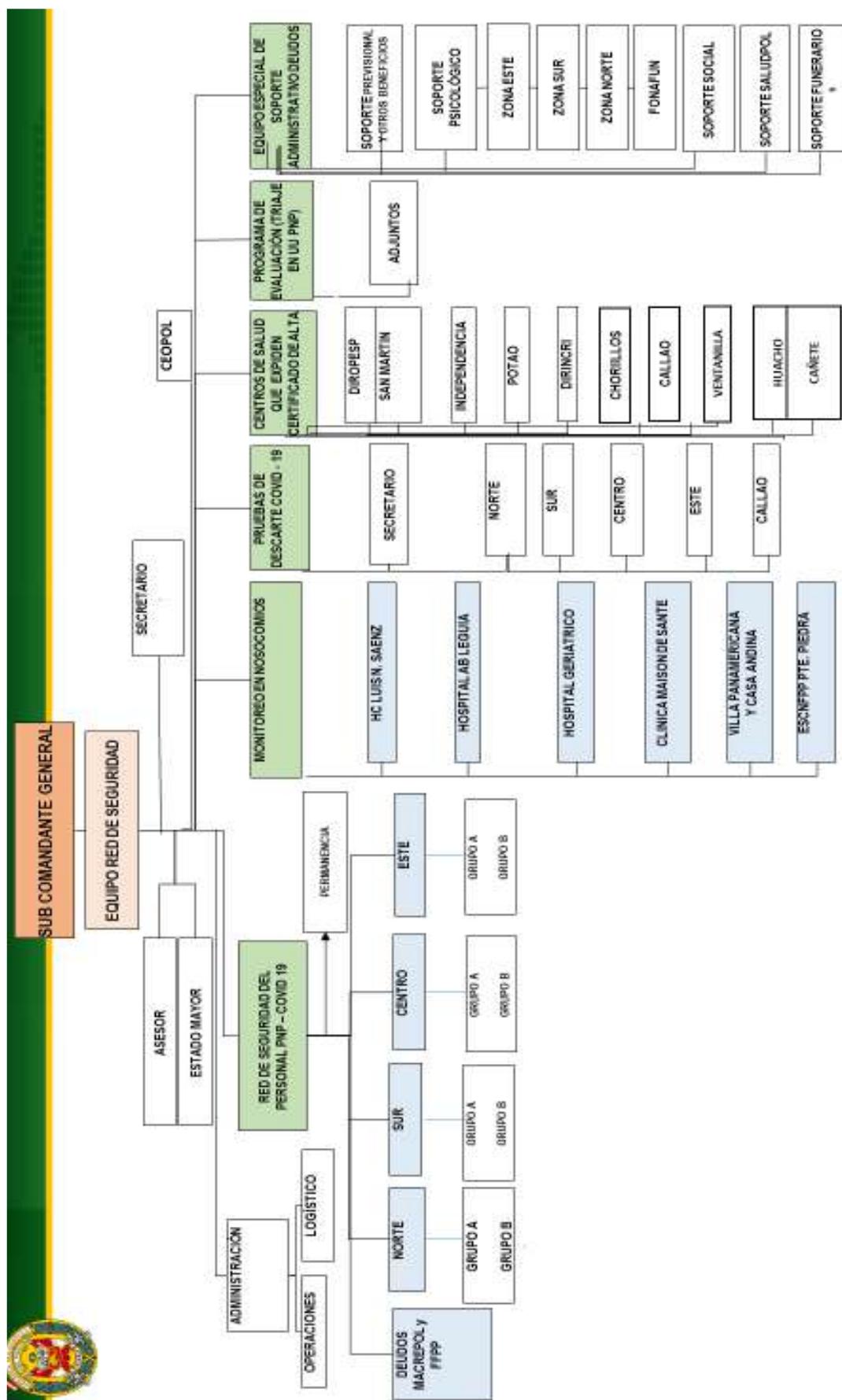


DIAGRAMA DE FLUJO DE COMUNICACIÓN A FAMILIARES SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE PACIENTES HOSPITALIZADOS





ANEXO XII





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 DÍA SIGUIENTE, POR 02 DÍAS DE FRANCO

