

PARTE B.1

Dermatosis asociadas a equipo de protección personal contra COVID19. Si el participante es personal de salud, debe llenar esta parte.

1. **Evolución de patología:** a. Días: _____ b. Meses: _____
2. **¿Cuál es la localización?** (Puede marcar más de una opción):
a. Cara: _____ b. Cuello: _____ c. Extremidades superiores: _____ d. Tronco: _____
e. Uñas manos: _____ f. Extremidades inferiores: _____ g. Piel cabelluda: _____ h. Generalizado; _____
i. Genitales: _____ j. Uñas y pies: _____ k. Otra: _____ Especifique: _____
3. **Describe las lesiones dermatológicas:** (puede marcar más de una opción)
a. Pápula: _____ b. Mácula: _____ c. Vesícula: _____ d. Placa: _____ e. Alopecia: _____
f. Ronchas: _____ g. Excoriación: _____ h. Comedón: _____ i. Costra: _____
j. Lesión ungueal: _____ Especifique: _____
k. Otra: _____ Especifique: _____
4. **¿Cuáles son las medidas de prevención para COVID-19 que utiliza?** Responder Si/No, puede marcar las que considere.
a. Mascarilla: _____ b. Gel/Alcohol sanizante: _____ c. Gorro quirúrgico/tela: _____ d. Guantes: _____
e. Overol: _____ f. Lentes: _____ g. Lavado de manos: _____ h. Otra: _____
Especifique: _____
5. Si su respuesta anterior (letra "a") es "Sí", **¿Qué tipo de mascarilla utiliza?**
a. Quirúrgica: _____ b. N95: _____ c. KN95: _____ d. Otras: _____
Especifique: _____
6. **¿Qué producto utiliza para lavarse las manos?:**
a. Clorhexidina: _____ b. Jabón de tocador: _____ c. Otros: _____
Especifique: _____
7. **¿Cuántas veces se lava las manos?:**
a. Menos de 10 veces/día: _____ b. Más de 10 veces/día: _____ c. Otra: _____
Especifique: _____
8. **Tiempo promedio de uso de medidas de prevención para COVID-19:**
a. Menos de 6 horas/día: _____ b. Más de 6 horas/día: _____ c. Otro: _____
Especifique: _____
9. **¿Cuál es la etiología de la dermatosis?:**
a. Eccematosas/Reaccional: _____ b. Hiperpigmentaria: _____ c. Hipopigmentarias: _____
d. Afección del folículo piloso: _____ e. Afección de glándulas sebácea: _____ f. Infecciosa: _____
g. Vasculares: _____ h. Vesiculares: _____ i. Vesiculares/Ampollares: _____ j. Misceláneas: _____
k. Urticariformes: _____ l. Otra: _____ Especifique: _____
10. **¿Cuál es el diagnóstico clínico?:** (Confirmado por médicos residentes o especialistas en dermatología del estudio)
