

CUESTIONARIO COVID-19

SECCIÓN I

	SI	NO
MARQUE SI PRESENTA USTED ALGUNO DE ESTOS SINTOMAS		
Tos		
Dolor de garganta		
Malestar estomacal o diarrea		
Dolor corporal general		
Dolor en el pecho constante		
Perdida gusto y olfato		
¿Usted tiene o recientemente ha tenido tos que no pueda atribuir a otra condición médica?		
¿Usted tiene o recientemente ha tenido dificultad para respirar (no puede decir frases completas) que no pueda atribuir a otra condición médica?		
¿Usted tiene o recientemente ha tenido fiebre (38°C o más alta) o escalofríos que no pueda atribuir a otra condición médica?		
¿Usted ha estado en contacto cercano (a menos de 2 metros) con alguien que haya sido diagnosticado con COVID-19 en los últimos 14 días?		
¿Es usted trabajador de salud, atendió pacientes o estuvo en algún centro de salud que atendiera pacientes con sospecha o confirmación de coronavirus?		
¿Viajó los ultimo 14 días?		
Si viajó, ¿estuvo en alguna de las áreas afectadas por el COVID-19?		
En los últimos 14 días en su hogar se hospeda una persona de otro país con riesgo covid-19		
¿Usted tiene o ha tenido COVID-19?		
¿Usted se ha realizado prueba PCR? Indicar en detalle – fecha y resultado		

Si ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas de la sección I especifique detalles:

En caso de que haya tenido COVID- 19, indicar si la enfermedad ha dejado secuelas:

Por favor indicar si usted ya ha sido vacunado:

Vacunación parcial (1 dosis) *		
Vacunación completa (2 dosis)		

Vacunación completa (1 dosis)		
No vacunado		

* En caso de haber respondido "SI" a la vacunación parcial (1 dosis) Indicar en qué fecha le corresponde la siguiente dosis: ____ // ____ // _____

Firma del Solicitante

Fecha: