

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS COVID-19

Querido paciente, agradecemos que puedas asistir a tu sesión.
Para aumentar tu seguridad y la de nuestros colaboradores, te solicitamos
puedas completar estos datos relativos a tu estado de salud.

Por favor indícanos, considerando tu salud si en los últimos 14 días tú o
alguien de tu familia (convivencia bajo mismo techo) ha presentado:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Vómitos | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2. Diarrea | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3. Temperatura sobre 37,8°C | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4. Tos | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 5. Dificultad Respiratoria | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 6. Cefalea | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 7. Dolor de garganta | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 8. Dolor muscular | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

¿Algún familiar cercano a ti o personas con las que has tenido contacto el
último mes, ha requerido hacer un test de COVID-19?

SI NO

Si has sido diagnosticado positivo con COVID-19, estás bajo sospecha de
estarlo o has estado en contacto con una persona infectada, por favor avisa
de inmediato a nuestro personal

Nombre

Rut

Firma