

CUESTIONARIO

1 ¿Le ha sido diagnosticado a Usted COVID - 19?

SÍ NO

En caso de respuesta afirmativa indicar:

Diagnostico: _____

Precisar Fecha: _____

2 ¿Le ha sido diagnosticado a algunos de sus acompañantes COVID - 19?

SÍ NO

En caso de respuesta afirmativa indicar:

Acompañante: _____

Diagnostico: _____

Precisar Fecha: _____

3 ¿ha sido aislado preventivamente en los ultimos 21 dias?

SÍ NO

En caso de respuesta afirmativa indicar:

Diagnostico: _____

Precisar Fecha del inicio del aislamiento: _____

4 ¿Ha sido aislado preventivamente alguno de sus acompañantes por COVID - 19?

SÍ NO

En caso de respuesta afirmativa indicar:

Acompañante: _____

Motivo: _____

Precisar Fecha: _____

5 ¿Padece Usted de alguno de los siguientes sintomas?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fiebre igual o superior a 37 grados | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Tos seca | <input type="checkbox"/> Perdida del sentido del olfato |
| <input type="checkbox"/> Cansancio | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar o sensacion de falta de aire |
| <input type="checkbox"/> dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Dolor o presion en el pecho. |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Incapacidad para ahablar o moverse |
| <input type="checkbox"/> Conjutivitis | |

En caso de respuesta afirmativa indicar:

Fecha de comienzo de síntomas: _____

Otra Informacion: _____

6 ¿Padece alguno de sus acompañantes, alguno de los siguientes sintomas?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fiebre igual o superior a 37 grados | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Tos seca | <input type="checkbox"/> Perdida del sentido del olfato |
| <input type="checkbox"/> Cansancio | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar o sensacion de falta de aire |
| <input type="checkbox"/> dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Dolor o presion en el pecho. |

Diarrea

Incapacidad para hablar o moverse

Conjuntivitis

En caso de respuesta afirmativa indicar:

Acompañante: _____

Fecha de comienzo de síntomas: _____

Otra Información: _____

AFIRMO, BAJO FE DE JURAMENTO, QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTE FORMULARIO SON CORRECTOS Y COMPLETOS Y QUE ESTA DECLARACION, ESTA CONFECCIONADA SIN OMITIR NI FALSEAR DATO ALGUNO QUE DEBA CONTENER, SIENDO FIEL EXPRESION DE LA VERDAD.

LUGAR: _____

FECHA: ____/____/____

FIRMA

DATOS DEL FIRMANTE

APELLIDO y NOMBRE: _____

LE/LC/DNI: _____