

**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 hablar o moverse                     |
| <input type="checkbox"/> Conjuntivitis                       |  |

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.                          |
| <input type="checkbox"/> Diarrea                             | <input type="checkbox"/> Incapacidad para hablar o moverse                     |
| <input type="checkbox"/> Conjuntivitis                       |  |

En caso de respuesta afirmativa indicar:

Acompañante: \_\_\_\_\_

Fecha de comienzo de síntomas: \_\_\_\_\_

Otra Informacion: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_