



NOMBRE Y APELLIDO..... DOCUMENTO Nº.....
 PROCEDENCIA..... FECHA NAC..... CELULAR.....

PREGUNTA – EN LA ACTUALIDAD Y/O EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS : **SI NO**

¿ TUVO CONTACTO CERCANO CON ALGUIEN DIAGNOSTICADO CON COVID ?

¿ VISITÓ O PERMANECIÓ EN UN ENTORNO CERRADO CON ALGUN PACIENTE COVID ?

¿ VIVIÓ EN EL MISMO HOGAR QUE UN PACIENTE CON COVID ?

¿ HA ESTADO EN CUARENTENA ?

¿ HA DADO POSITIVO AL COVID ?

¿ EXPERIMENTÓ ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS AHORA O EN LOS ÚLTIMOS 14 DIAS ?

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
FIEBRE	TOS	.....	.....	FATIGA	.....	.....
DOLOR DE GARGANTA	DOLOR DE CABEZA	.....	.....	PERDIDA DE OLFATO	.....	.....
PERDIDA DE GUSTO	NAUSEAS/VÓMITOS	.....	.....	DIARREA	.....	.....

**DECLARO BAJO JURAMENTO NO PRESENTAR AL MOMENTO NINGÚN SINTOMA
 DESCRIPTO PRECEDENTEMENTE**

FIRMA Y ACLARACIÓN..... FECHA:/...../.....