

Cuestionario

Debido a la propagación del COVID-19 en todo el mundo y en el país, es necesario tener mayor cuidado para prevenir la infección. Por esa razón, le pedimos la cooperación para responder las siguientes preguntas. Agradecemos su comprensión y cooperación.

1. ¿Tiene fiebre mayor a 37.5 grados o la ha tenido en los últimos 14 días?
SI NO
2. ¿Siente o ha sentido apatía inusual o tiene o ha tenido dificultad respiratoria en los últimos 14 días?
SI NO
3. ¿Tiene o ha tenido síntomas similares a una gripe (tos seca, estornudos, dolor de garganta, dolor en las articulaciones, pérdida del sentido del gusto u olfato, etc.) en los últimos 14 días?
SI NO
4. ¿Ha estado en contacto con alguna persona con los síntomas anteriormente descrito en los últimos 14 días?
SI NO
5. ¿Ha estado en el extranjero o en contacto con alguna persona que haya estado en el extranjero en los últimos 14 días?
SI NO
6. ¿Ha estado en contacto con alguna persona con confirmación de COVID-19?
SI NO
7. ¿Ha pasado por pruebas de descarte del COVID-19? En caso haya respondido SI, indicar el resultado.
SI _____ NO

Yo, _____, con número de documento (DNI/CE)

_____, declaro bajo responsabilidad que todo lo expuesto en el cuestionario de arriba expresa la verdad.

Fecha: / / 2020

(Firma)

Nombre y apellido:

Nro. de contacto: