

**Formulario de Detección de Salud de Covid-19**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Has tenido alguno de los siguientes síntomas en los últimos 14 días?

**YES NO**

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Síntomas similares a los de la gripe o similares al resfriado no asociados con alergias, como moqueo nasal, dolores corporales y/o estornudos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tos   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad para respirar  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de cabeza   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de garganta   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Escalofríos o temblores repetidos con escalofríos en el cuerpo  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de músculo  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérdida de sabor u olor   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Contacto cercano con cualquier persona diagnosticada con COVID-19   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Su trabajo implica estar en grupos de 2 o más, desprotegidos?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Has estado practicando distancias sociales seguras?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se ha puesto en contacto con el consultorio de su médico por alguna razón? En caso afirmativo, ¿para qué?                                    |

\_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez que estuvo en una reunión de 2 o más personas (sin incluir su propia casa)?

Fecha: \_\_\_\_\_

Estoy seguro/a de que las respuestas anteriores son verdaderas y correctas a mi saber y entender.

Firma (o Guardián) \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_