

# CUESTIONARIO COVID-19



Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

No.	Nombre completo del solicitante	Número DPI
1		
2		
3		
4		
5		

1) ¿Sufres de alguna enfermedad cardiovascular o de los pulmones, diabetes, hipertensión arterial o has tenido cáncer, leucemia, infarto, accidente cerebrovascular, enfermedad pulmonar crónica obstructiva, HIV, obesidad mórbida (IMC > 40), enfisema, neumonía recurrente, asma que requiera inhaladores, estás inmunodeprimido o recibes tratamiento con inmunosupresores?

SOLICITANTE 1		SOLICITANTE 2		SOLICITANTE 3		SOLICITANTE 4		SOLICITANTE 5	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

En caso de respuesta afirmativa por favor ampliar y especificar nombre de solicitante:

2) ¿Has contraído Covid-19 o te encuentras en aislamiento por sospecha de contagio de Covid-19 o has experimentado en los últimos 14 días de manera repentina fiebre acompañada de alguno de los siguientes síntomas: tos, dificultades respiratorias, fatiga, debilidad/ malestar, producción de esputo/ expectoración (flemas), dolor de garganta, falta de apetito, dolores musculares?

SOLICITANTE 1		SOLICITANTE 2		SOLICITANTE 3		SOLICITANTE 4		SOLICITANTE 5	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

En caso de respuesta afirmativa por favor ampliar y especificar nombre de solicitante:

3) ¿Estás o has estado en contacto con personas contagiadas con Covid-19?

SOLICITANTE 1		SOLICITANTE 2		SOLICITANTE 3		SOLICITANTE 4		SOLICITANTE 5	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

En caso de respuesta afirmativa por favor ampliar y especificar nombre de solicitante:



NO TE FALLA



# CUESTIONARIO COVID-19

4) ¿Has viajado durante los últimos 14 días a países de alto riesgo afectados por Covid-19 o tienes planificado algún viaje a países de riesgo elevado como por ejemplo: China, Japón, Corea de Sur, Irán, Italia, España, EE.UU. u otros para los cuales las autoridades de tu país recomiendan no viajar?

SOLICITANTE 1		SOLICITANTE 2		SOLICITANTE 3		SOLICITANTE 4		SOLICITANTE 5	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

En caso de respuesta afirmativa por favor ampliar y especificar nombre de solicitante:

## PREGUNTAS QUE APLICAN ÚNICAMENTE PARA PERSONAL DE SALUD:

5) ¿Has tenido contacto con personas contagiadas de Covid-19?

SOLICITANTE 1		SOLICITANTE 2		SOLICITANTE 3		SOLICITANTE 4		SOLICITANTE 5	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Si la respuesta es positiva indica fecha (DD/MM/AA) de último contacto:

SOLICITANTE 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SOLICITANTE 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SOLICITANTE 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SOLICITANTE 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SOLICITANTE 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6) ¿Atiendes o has atendido pacientes de Covid-19?

SOLICITANTE 1		SOLICITANTE 2		SOLICITANTE 3		SOLICITANTE 4		SOLICITANTE 5	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>