

## Cuestionario de Salud con relación al Covid-19

Nombre del Propuesto Asegurado: \_\_\_\_\_

DPI: \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_

- 1) Durante los últimos 30 días ha estado fuera de Guatemala? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
- 2) Indique en qué país \_\_\_\_\_
- 3) Le hicieron control de Salud al ingresar al país : SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
- 4) En los últimos 14 días ha tenido alguno de los siguientes síntomas:
  - a. Fiebre de cualquier tipo SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
  - b. Tos SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
  - c. Flema SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
  - d. Dificultad para respirar SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
  - e. Cansancio / Debilidad SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
  - f. Dolor de garganta SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
- 5) Está o ha estado en contacto con alguien que ha estado en cuarentena o que fuera diagnosticado positivo de Covid-19 SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
- 6) Ha sido puesto en cuarentena por un probable contagio de Covid-19 SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
- 7) Le han efectuado una prueba de Covid-19 y su resultado fue positivo SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Indique fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Propuesto Asegurado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_