

CUESTIONARIO SOBRE
COVID-19
CORONAVIRUS



Nombre Completo:

A. En los últimos tres (3) meses ha:

I. Resultado positivo para COVID-19 SI NO

II. Ha estado auto-aislado con síntomas por consejo médico SI NO

III. Si es así ¿Cuándo fue esto?

B. En el último mes:

I. Se le aconsejó que se auto-aislara debido a COVID-19 (excluyendo las órdenes gubernamentales obligatoria de permanecer en casa), SI NO

II. Tuvo tos persistente, fiebre, temperatura elevada o estuvo en contacto con un individuo sospechoso o confirmado de tener COVID-19 SI NO

En caso afirmativo con respecto a (a) o (b), ¿Se ha recuperado completamente y ha regresado a sus actividades normales?. Si es así, ¿Cuándo fue esto?

Firma del Solicitante: