

NOMBRE DEL SOLICITANTE:

FECHA: / / (día/mes/año)

1. ¿Ha sido diagnosticado por COVID 19?

SÍ

NO

2. ¿Durante los últimos 15 días ha presentado alguno de los siguientes síntomas?

TOS SECA

PÉRDIDA DEL OLFATO Y/O GUSTO

MALESTAR GENERAL

FIEBRE

DIFICULTAD RESPIRATORIA

FALTA DE AIRE

DOLOR DE GARGANTA

NINGUNO

3. ¿Ha recibido las 2 dosis de la vacuna?

SÍ

NO

4. ¿Se le ha practicado alguna prueba en los últimos 15 días y esta ha sido positiva o no conoce el resultado?

SÍ : Positiva Negativa

NO

5. ¿Ha estado usted en contacto con un caso (persona) sospechoso, probable o positivo en Coronavirus durante los últimos 15 días?

SÍ

NO

6. ¿Estuvo hospitalizado por COVID? favor indique:

SÍ

NO

FECHA:.....(duración)

TERAPIA INTENSIVA

HOSPITALIZACIÓN

NO ESTUVE HOSPITALIZADO

Firma del Cliente

C.I: