



LISTA DE CHEQUEO COVID 19

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:

GENERO: M F **C.C.** _____ **DE** _____ **EDAD:** _____ **TEMPERATURA:** _____

PREGUNTAS

VIAJO EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS A ALGÚN PAÍS DONDE HAYA CIRCULACIÓN DE COVID 19	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
EN LOS ÚLTIMOS DÍAS PRESENTADO DOLOR AL TRAGAR O DE GARGANTA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
TIENE OJOS ROJOS O CON CONJUNTIVITIS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
EN LOS ÚLTIMOS DÍAS HA PRESENTADO DOLOR DE CABEZA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
EN LOS ÚLTIMOS DÍAS HA PRESENTADO MALESTAR GENERAL	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
EN LOS ÚLTIMOS DÍAS HA PRESENTADO CANSANCIO EXTREMO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
EN LOS ULTIMO DÍAS HA PRESENTADO DIARREA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
EN LOS ÚLTIMOS DÍAS HA PRESENTADO PERDIDA DEL OLFATO O EL GUSTO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
EN LOS ÚLTIMOS DÍAS HA PRESENTADO FIEBRE MAS DE 38 °	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
EN LOS ÚLTIMOS DÍAS HA PRESENTADO SÍNTOMAS DE TOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
EN LOS ÚLTIMOS DÍAS HA PRESENTADO SINTOMAS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
EN LOS ÚLTIMOS DÍAS HA PRESENTADO FATIGA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
HA TENIDO CONTACTO CON ALGUNA PERSONA CON LOS SÍNTOMAS ANTERIORES EN LOS ÚLTIMOS DÍAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
HA TENIDO CONTACTO CON PERSONAS SOSPECHOSAS O CONFIRMADOS DE COVID 19	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
HA TENIDO CONTACTO CON PERSONAS O FAMILIARES PROVENIENTES DE OTROS PAÍSES O CIUDADES	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
VIVE EN EL MISMO HOGAR, ES PAREJA O BRINDA ATENCIÓN A UNA PERSONA CON COVID 19	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
LE HAN REALIZADO PRUEBAS PARA DIAGNOSTICO DE COVID 19	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PRESENTA ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES O RESPIRATORIAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PRESENTA ALGÚN DIAGNOSTICO ACTUAL DE ALGUNA ENFERMEDAD AUTOINMUNE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
USTED ES TRABAJADOR DE LA SALUD Y HA TENIDO PACIENTES CON COVID 19	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
UTILIZO LOS ELEMENTOS ADECUADOS DE PROTECCIÓN, TAPABOCAS, GUANTES, BATA, CARETA ETC.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

YO _____ BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO MANIFIESTO QUE RESPONDIDO LAS PREGUNTAS DE FORMA LIBRE Y CONSCIENTE, HACIÉNDOME RESPONSABLE DE LAS CONSECUENCIAS QUE PUEDAN DERIVARSE DE ESTAS RESPUESTAS.

DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA: _____ **BARRIO:** _____

TELÉFONO FIJO: _____ **TELÉFONO MÓVIL:** _____ **FECHA:** DÍA _____ MES _____ AÑO _____ HORA _____

MOTIVO DE LA VISITA A NUESTRA INSTITUCIÓN: _____

FIRMA: _____
C.C. _____