



NOMBRE: _____

FECHA: _____

¿Ha viajado en los últimos 14 días?

SI NO

Si contestó sí, ¿a qué países?

¿Cuánto tiempo pasó allá?

¿Es usted un profesional de la salud?

SI NO

¿Ha estado en contacto con alguna persona que presente síntomas o enfermedad respiratoria?

SI NO

¿Tiene alguno de estos síntomas actualmente?

- Tós
- Dolor de garganta
- Fiebre
- Dificultad respiratoria
- Escalofríos
- Nueva pérdida del olfato o gusto
- Dolor de cabeza
- Temblores con escalofríos

¿Ingirió algún medicamento para tratar los síntomas?

SI NO

Si contestó sí, ¿Cuál?

¿Está embarazada?

SI NO

¿Ha visitado algún hospital, sala de emergencias o clínica recientemente?

SI NO