

NOMBRE Y APELLIDO:

ANTECEDENTES DE SALUD: (Marcar lo que corresponda)

¿Tuvo contacto con una persona que haya sido diagnosticada con Covid-19 en los últimos 14 días?

SÍ NO

Actualmente, ¿Usted presenta alguno de estos síntomas?:

Fiebre SÍ NO

Tos seca SÍ NO

Perdida de olfato SÍ NO

Perdida de gusto SÍ NO

Dificultad respiratoria SÍ NO

Dolor de garganta SÍ NO

Dolor muscular SÍ NO

Dolor de cabeza SÍ NO

Náusea / Vómito SÍ NO

Ha realizado un viaje al exterior en los últimos 14 días? SÍ NO

País: _____

Estuvo en contacto con alguna persona llegada del exterior? SÍ NO

País: _____

FECHA : _____ (dd/mm/aaaa)

FIRMA
