

Cuestionario de salud 2020

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Cuestionario de salud para la evaluación del riesgo de infección / COVID-19

¿Ha tenido fiebre en los últimos 7 días? (mas que 37,5°C)?	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no
¿Tuvieron escalofríos?	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no
¿ Ha perdido su sentido del gusto o olfato?	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no
¿Tiene tos persistente?	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no
¿Tiene dolor de garganta?	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no
¿Tiene secreción nasal?	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no
¿Tiene diarrea?	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no
¿Ha cambiado su salud en el pasado 14 días?	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no
¿Sufre alguien de la familia cercana o una persona de contacto cercano de síntomas como se ha mencionado arriba?	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no
¿Tenia contacto con una persona que tiene COVID-19 en los últimos 14 días?	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no
¿Tenia contacto con una persona, que tiene sospecha de COVID-19 en los últimos 14 días?	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no
¿Tenia una prueba positiva de COVID-19 en los últimos 14 días? ¿Si es así cuando? _____	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no

 Signatura paciente

 HZ Empleado