



NOMBRE Y APELLIDOS: _____
 SEXO: _____ C .C .: _____
 CIUDAD: _____ EDAD : _____
 FECHA ENCUESTA : _____ CELULAR : _____
 CARGO : _____

ENCUESTA

(MARQUE CON UNA X SU RESPUESTA)

- Dificultad para respirar de moderada a grave (no puede decir frases completas)
- Fiebre o sentirse afebrados (escalofríos, sudoración)
- Dificultad para respirar NO puede caminar una cuadra o subir 6 gradas porque le falta el aire (no grave)
- Dolor de cabeza
- Tos
- Moqueo o congestión nasal
- Pérdida de gusto y olfato
- Dolor de garganta
- Dolores musculares, dolores corporales o dolor de cabeza
- Cansancio o fatiga
- Náuseas, vómitos o diarrea
- Tos con sangre (más de una cucharita)
- Signos de presión arterial baja (sensación de frío, palidez, piel sudorosa, aturdimiento, demasiada debilidad para estar de pie, mareo)
- Respira con dificultad o se queda sin aliento al hablar (dificultad espiratoria ext rema).
- Labios azulados o rostro pálido.
- Dolor intenso y constante o presión en el pecho.
- Mareo grave y constante o aturdimiento.
- Actúa confundido (nuevo o agravamiento).
- Está inconsciente o t iene mucha dificultad para despertarse.
- Dificultad para hablar (nuevo o agravamiento).
- Ha sentido perdida de olfato y gusto.
- Nuevo episodio convulsivo o convulsiones que no cesan.

- ¿Ha tomado o está tomando algún medicamento antiviral o antibiótico para algún proceso respiratorio en los últimos 14 días?
- ¿Ha acudido a algún médico por alguna sintomatología respiratoria en los últimos 14 días?
- ¿Ha estado en contacto con personas expuestas a síntomas respiratorios infecciosos, como tos, fiebre?
- Mencione sus nombres: _____

- ¿Ha realizado algún viaje nacional o internacional en los últimos 14 días? Indique el/ los lugar/ es: _____
Indique el/ las fechas: _____

- ¿En los últimos 14 días a recibido a un familiar de otro país con riesgo COVID-19?
- ¿En los últimos 14 días, en su hogar se hospeda una persona de otro país con riesgo COVID-19?
- ¿Se administró vacuna contra la influenza en este último año? Fecha: _____
- ¿Se administró vacuna antineumococica (neumonía) en este último año? Fecha: _____
- NO PRESENTO NINGÚN SÍNTOMA

Declaro que toda la información incluida en este formulario es verdadera, correcta, completa, y de mi entero conocimiento.

Recibido por:

FIRMA

FIRMA

NOMBRE

CEDULA

ESTADO