**CUESTIONARIO PARA PREVENCION DE COVID 19**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_\_\_Sexo: M – F Ocupacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lugar de residencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tabaquismo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contacto con sospechoso o positivo a COVID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Viaje en los ultimos 14 dias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Viaje en avion y fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En los ultimos 14 dias ha presentado o presenta algun signo o sintoma:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Signo o sintoma | SI | NO | CUANDO |
| Tos |  |  |  |
| Fiebre |  |  |  |
| Malestar general |  |  |  |
| Dolor muscular |  |  |  |
| Cuerpo cortado |  |  |  |
| Fatiga |  |  |  |
| Debilidad |  |  |  |
| Congestion nasal |  |  |  |
| Resfriado |  |  |  |
| Falta de aire |  |  |  |
| Ardor de gasrganta |  |  |  |
| Conjuntivitis |  |  |  |
| Nausea o vomito |  |  |  |
| Perdida del olfato |  |  |  |
| Perdida del gusto |  |  |  |
| Escalofrios |  |  |  |
| Falta de apetito |  |  |  |
| Diarrea |  |  |  |
| Ampollas en dedos del pie |  |  |  |