

Cuestionario COVID-19

Cuestionario

1. ¿Actualmente tiene síntomas de catarro, gripe, tos persistente, fiebre alta, fatiga o dolor muscular?

- Titular SI NO
- Dependiente 1 SI NO
- Dependiente 2 SI NO
- Dependiente 3 SI NO
- Dependiente 4 SI NO
- Dependiente 5 SI NO

2. ¿Ha tenido contacto directo con alguien a quien le hayan diagnosticado COVID-19 o se sospeche que lo tiene?

- Titular SI NO En caso afirmativo mencione ¿cuándo?
- Dependiente 1 SI NO En caso afirmativo mencione ¿cuándo?
- Dependiente 2 SI NO En caso afirmativo mencione ¿cuándo?
- Dependiente 3 SI NO En caso afirmativo mencione ¿cuándo?
- Dependiente 4 SI NO En caso afirmativo mencione ¿cuándo?
- Dependiente 5 SI NO En caso afirmativo mencione ¿cuándo?

3. ¿Ha tenido recomendación de aislamiento preventivo por un profesional médico o los servicios de urgencias?

- Titular SI NO
- Dependiente 1 SI NO
- Dependiente 2 SI NO
- Dependiente 3 SI NO
- Dependiente 4 SI NO
- Dependiente 5 SI NO

4. ¿Le han practicado Test de Coronavirus (COVID-19)?

- Titular SI NO En caso afirmativo mencione ¿cuándo?
- Dependiente 1 SI NO En caso afirmativo mencione ¿cuándo?
- Dependiente 2 SI NO En caso afirmativo mencione ¿cuándo?
- Dependiente 3 SI NO En caso afirmativo mencione ¿cuándo?
- Dependiente 4 SI NO En caso afirmativo mencione ¿cuándo?
- Dependiente 5 SI NO En caso afirmativo mencione ¿cuándo?

5. Si ya fue diagnosticado de COVID-19:

Asegurado	¿Cuál es su estado de salud actual?	Fecha de diagnóstico	Fecha de alta (si fuera el caso)	¿Tiene secuelas?
Titular				
Dependiente 1				
Dependiente 2				
Dependiente 3				
Dependiente 4				
Dependiente 5				

.....
Nombre y Firma del Titular

.....
Lugar y Fecha