



Doctor: _____

Paciente: _____

COV-19

Fecha: _____

Rellene el siguiente cuestionario en MAYÚSCULAS y con letra clara

1.- ¿Tiene fiebre o ha tenido en los últimos 14 días? (temperatura > 37,5°)?

SI

NO

2.- ¿Has tenido tos o cualquier otro signo respiratorio o digestivo en los últimos 14 días?

SI

NO

3.- ¿Tiene sensación de cansancio o pérdida de gusto y olfato en los últimos 14 días?

SI

NO

4.- ¿Ha estado en contacto o conviviendo con alguna persona sospechosa o confirmada de coronavirus?

SI

NO

5.- ¿Ha pasado la enfermedad del COVID-19 o viajado a países de riesgo?

SI

NO

6.- En caso de haber pasado la enfermedad, ¿sigue usted en cuarentena?

si

no

Firme a continuación

Firmado: _____