



Médicos

Controlador de síntomas de COVID-19



Este formulario debe utilizarse para asegurar que usted no tiene síntomas de COVID-19 y posee un riesgo limitado para los demás

***Obligatorio**

Fecha

DD

MM

AAAA

Nombre *

Email de contacto *

Celular de contacto *

¿Ha sido actualmente diagnosticado o cree que puede tener COVID-19?*

- Sí
 No

¿Ha tenido alguno de estos síntomas de COVID-19 en los últimos 14 días?

Temperatura alta (fiebre) *

- Sí
 No

Tos nueva y continua *

- Sí
 No

Nueva falta de aliento inexplicable *

- Sí
 No

¿Ha estado en contacto con algún caso confirmado o sospechoso de COVID-19 en los últimos 14 días?*

- Sí
 No
 Puede ser

Si ha contestado Sí a alguna de estas preguntas usted debe permanecer en su hogar e informar a su encargado y al médico. Debe cumplir los lineamientos actuales de Salud Pública de su territorio.



Médicos

Controlador de síntomas de COVID-19



Tenga en cuenta que la pregunta que sigue es solo para personal médico

¿Se han llevado a cabo todas las medidas de prevención de infecciones con el uso del Equipo de Protección Personal adecuado al revisar pacientes con COVID-19 confirmado o sospechoso en los últimos 14 días?

- Sí
- No
- No aplica