



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

Ha tenido diarrea en los últimos 14 días?\*

- Sí  
 No



# Controlador de síntomas de COVID-19



Puede ser

Ha tenido dolor de cabeza en los últimos 14 días?\*

- Sí
- No
- Puede ser

Ha tenido pérdida de olfato en los últimos 14 días?\*

- Sí
- No
- Puede ser

Ha tenido pérdida de gusto 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.

**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