

Cuestionario de Salud COVID 19

Con objeto de valorar su estado de salud actual le rogamos que conteste a cada una de las siguientes preguntas con un SI o un NO.

1.- ¿Tiene o ha tenido tos o cualquier otro signo respiratorio en los últimos 14 días?

SI NO

2.- ¿Tiene o ha tenido diarrea o cualquier otro signo digestivo en los últimos 14 días?

SI NO

3.- ¿Ha tenido en los últimos 14 días sensación de mucho cansancio o malestar en el cuerpo?

SI NO

4.- ¿Ha estado conviviendo con una persona con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID- 19 (coronavirus)?

SI NO

5.- ¿Ha pasado usted la enfermedad COVID-19 (coronavirus)?

SI NO

6.- En caso de haberla pasado ¿sigue usted en cuarentena?

SI NO

7.- ¿Ha notado pérdida en el sentido del olfato o del gusto en los últimos 14 días?

SI NO

8.- ¿Tiene fiebre o la ha tenido en los últimos 14 días? (temperatura superior a 37,5 °C)

SI NO

Si ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores póngase en contacto telefónico con nosotros antes de acudir a consulta. Le atenderá un Dr. para valorar específicamente su situación.

Muchas gracias por su colaboración.