

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

<b>PREGUNTAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿ Tienes malestar o dolor de garganta?		
¿ Tienes sensación de malestar General?		
¿ Tienes sensación de Fatiga o Cansancio muscular?		
¿ Tienes Fiebre + 38 grados?		
¿ Tienes tos seca y persistente?		
¿ Tienes sensación de falta de aire de inicio brusco? Dificultad para respira?		
¿ Tiene secreciones nasales o congestión nasal?		
¿ Tienes perdida del olfato y/o el gusto?		
¿ Vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?		
¿ En los últimos 14 días ha tenido contacto estrecho (por más de 15 minutos, a menos de 2 metros y sin usar elementos de protección personal) con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?		

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

<b>PREGUNTAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿ Tienes malestar o dolor de garganta?		
¿ Tienes sensación de malestar General?		
¿ Tienes sensación de Fatiga o Cansancio muscular?		
¿ Tienes Fiebre + 38 grados?		
¿ Tienes tos seca y persistente?		
¿ Tienes sensación de falta de aire de inicio brusco? Dificultad para respira?		
¿ Tiene secreciones nasales o congestión nasal?		
¿ Tienes perdida del olfato y/o el gusto?		
¿ Vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?		
¿ En los últimos 14 días ha tenido contacto estrecho (por más de 15 minutos, a menos de 2 metros y sin usar elementos de protección personal) con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?		