

Cuestionario COVID-19



Preguntas

1. En los últimos 3 meses ha:		
a. ¿Resultado positivo para COVID-19?	Sí	No
b. ¿Estado auto-aislado con síntomas por consejo médico?	Sí	No
c. Si es así. ¿Cuándo fue esto?		
2. En el último mes:		
a. ¿Se le aconsejó que se auto-aislara debido a COVID-19 (excluyendo las órdenes gubernamentales obligatorias de permanecer en casa), o?	Sí	No
b. ¿Tuvo tos persistente, fiebre, temperatura elevada o estuvo en contacto con un individuo sospechoso o confirmado de tener COVID-19?	Sí	No
3. En caso afirmativo con respecto a 1 o 2:		
a. ¿Se ha recuperado completamente y ha regresado a sus actividades normales?	Sí	No
b. Si es así. ¿Cuándo fue esto?		

Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____
Dia Mes Año