

CUESTIONARIO DE TAMIZAJE PARA COVID-19

El brote de COVID-19 requiere la detección temprana y eficaz de casos sospechosos para limitar el riesgo de exposición en los demás. Les rogamos amablemente que conteste las siguientes preguntas y que permita que nosotros tomemos su temperatura, participando de este tamizaje voluntariamente.

NOMBRE: _____ FIRMA: _____

DNI: _____ REGISTRO: _____ Tlf: _____

T°: _____ FC: _____ Sat.O2: _____

¿Tiene usted en la actualidad cualquiera de los siguientes síntomas? Marque todos los que aplican:

Fiebre/Escalofríos	Dificultad para respirar
Falta de aliento	Diarrea
Síntomas similares a los de la gripe, como tos, dolor de garganta y fatiga.	Anosmia (pérdida del olfato) o Ageusia (pérdida del gusto)

¿Está tomando usted algún medicamento para tratar / suprimir cualquiera de los síntomas arriba mencionados? (SI/NO)

¿Tiene usted alguna condición existente que debilite su Sistema inmune? (SI/NO)

Durante los últimos 14 días ha realizado algún viaje? De responder SI, por favor a continuación especifique y/o liste los lugares de procedencia: - - Cuál fue el medio de transporte?: En que fecha llegó a Arequipa?:	SÍ NO
1. ¿Tuvo contacto cercano (compartiendo alojamiento o proporcionando cuidado) ó 2. ¿Pasó tiempo en la distancia de conversación con una persona que tiene o está bajo investigación por COVID-19? 3. Si su respuesta es SI: Coloque la Fecha del último día de contacto directo con la persona bajo sospecha de COVID-19:	SÍ NO

Enumere todos los países y lugares donde ha residido o viajado en los últimos 14 días (incluso si no está afectado por COVID-19)

Firma del Trabajador:				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Nombre y Firma del Personal Sanitario:</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Fecha:</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>	Nombre y Firma del Personal Sanitario:	Fecha:		
Nombre y Firma del Personal Sanitario:	Fecha:			