

## 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. Le rogamos amablemente que conteste las siguientes preguntas y que permita que nosotros tomemos sus signos vitales participando de este tamizaje voluntariamente.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_

T°: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ Sat.O2: \_\_\_\_\_  
FR: \_\_\_\_\_

**¿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)**

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

**Enumere todos los países y lugares donde ha residido o viajado en los últimos 14 días**

**¿Ha recibido la vacuna contra COVID-19? SI NO**

**Si su respuesta es SI, indique la fecha(s) en la que recibió la o las dosis (SE DEBE MOSTRAR EL CARNET DE VACUNACIÓN EN LA ESTACIÓN DE EVALUACIÓN, DE FORMA OBLIGATORIA):**

DOSIS	LABORATORIO	FECHA
- PRIMERA	-	-
- SEGUNDA	-	-
- TERCERA	-	-

<b>Firma del Trabajador:</b>	
<b>Nombre y Firma del Personal Sanitario:</b>	<b>Fecha:</b>