



DECLARACIÓN ESTADO DE SALUD POR COVID-19

Código: PR-ID – 003  
 Versión: 1  
 Fecha elab.: Sep.2021  
 Página 1 de 1

NOMBRE COMPLETO : \_\_\_\_\_

CÉDULA DE IDENTIDAD : \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN : \_\_\_\_\_

PROFESIÓN/OFICIO: : \_\_\_\_\_

PLAN VACUNAS      1ra. Dosis       2da. Dosis       Dosis Refuerzo       Ninguna Vacuna

**CUESTIONARIO DE ENFERMEDADES**

	SI	NO
¿ TIENE ALGUNA ENFERMEDAD RESPIRATORIA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ PADECE DE DIABETES ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ SUFRE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CARDÍACA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ TIENE ALGUNA ENFERMEDAD RENAL ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ TIENE ALGUNA ENFERMEDAD HEPÁTICA O SANGUÍNEA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**¿PRESENTA ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS?**

	SI	NO
FIEBRE 37,8° C O MÁS .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOS .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISNEA O DIFICULTAD PARA RESPIRAR .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLOR TORÁCICO .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ODINOFÁGIA O DOLOR DE GARGANTA AL COMER O TRAGAR .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAÚSEA/VÓMITO .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIALGIAS O DOLORS MUSCULARES .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESCALOFRÍOS .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CEFALEA O DOLOR DE CABEZA .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIARREA .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERDIDA DE OLFATO O ANOSMIA .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PÉRDIDA DE GUSTO O AGESIA .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUCOSIDAD O SECRESIÓN NASAL .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CONTACTO CON PERSONAS CONTAGIADAS, PROBABLES O SOSPECHOSOS**

	SI	NO
¿HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA COVID-19 POSITIVO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUN CASO PROBABLE? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUN CASO SOSPECHOSO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ESTÁ CONSIDERADO COMO CONTACTO ESTRECHO? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Doy fe que todas mis respuestas son verdaderas.**

\_\_\_\_\_

FECHA

\_\_\_\_\_

DECLARANTE