

CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN PARA INGRESO SEGURO

¿EL DÍA DE HOY PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS? **Marque con una cruz.**

¿Tiene fiebre?	SI	NO
¿Tiene tos?	SI	NO
¿Siente dolor de cabeza?	SI	NO
¿Tiene malestar general: dolor muscular y/o de articulaciones?	SI	NO
¿Tiene tos y/o estornudos?	SI	NO
¿Tiene Catarro?	SI	NO

EN LOS ULTIMOS 14 DÍAS USTED:

¿Ha estado en contacto con algún paciente diagnosticado con Covid-19?	SI	NO
---	----	----

En caso de que conteste afirmativamente o presente alguno de los síntomas, deberá acudir, ese mismo día, a la unidad de salud para su valoración médica.

NOMBRE _____

FIRMA _____

FECHA _____

“Ciencia, Tecnología y Cultura al Servicio del Ser Humano”