

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN MÉDICA COVID-19

En atención a la normativa vigente, puede adquirir el TEST bajo la prescripción médica. Conozca si cumple los requisitos y complete por favor el siguiente formulario

NOMBRE Y APELLIDOS / DNI / EMPRESA o GRUPO

.

TEMPERATURA CORPORAL EL DÍA DE LA REALIZACIÓN DEL TEST

.

Este cuestionario le pregunta sobre SINTOMAS o SIGNOS que tenga o haya tenido en los últimos 14 días desde la fecha actual.

Tiene o ha tenido FIEBRE (>37,5°)

- Sí
- No

Tiene o ha tenido TOS o cualquier síntoma respiratorio

- Sí
- No

Tiene o ha tenido DIARREA o cualquier síntoma digestivo

- Sí
- No

Tiene o ha tenido sensación de mucho CANSANCIO o MALESTAR

- Sí
- No

Tiene o ha tenido pérdida de OLFATO y/o GUSTO

- Sí
- No

Tiene o ha tenido algún tipo de lesión en la PIEL que no hubiera tenido antes, sobre todo en dedos de manos y/o pies

- Sí
- No

Ha estado en contacto (laboral o social) o conviviendo con alguna persona sospechosa o confirmada de coronavirus.

- Sí
- No

Ha pasado la enfermedad COVID-19

- Sí
- No

En caso afirmativo, sigue en CUARENTENA actualmente

- Sí
- No

CON UNA RESPUESTA "SI" SE CONSIDERA AL PACIENTE COMO SOSPECHOSO DE INFECCIÓN POR COVID-19.

DECLARO que las preguntas a las respuestas del formulario se ajustan a la realidad del conocimiento de mi estado de salud

- si
- No

Dr. Eric Margalet / n° col. 29772

A handwritten signature in black ink, reading "Margalet" with a large flourish on the left and "29772" written below it.