

NOMBRE: _____

FOLIO: _____ ESPECIALIDAD: _____

CUESTIONARIO MÉDICO COVID-19

FECHA:													
EN LOS ÚLTIMOS 3 DÍAS :													
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Ha presentado fiebre de 37.8 o mayor													
2. Dificultad Respiratoria													
3. Tos seca, estornudos (No considerar alergias) Malestar general y dolor de cabeza, dolor muscular, de articulaciones o garganta													
4. He estado en contacto con alguna persona confirmada o en sospecha de covid													
5. En este momento me encuentro en tratamiento de vías respiratorias													
6. He estado en contacto con personas que han regresado de viaje en los últimos 7 días													
7. He realizado un viaje en los últimos 3 días (Viaje: movilidad en un rango mayor a 30 Km													
NOMBRE DEL TUTOR		Firmo de decir verdad en lo respondido en este formato.		Firmo de decir verdad en lo respondido en este formato.		Firmo de decir verdad en lo respondido en este formato.		Firmo de decir verdad en lo respondido en este formato.		Firmo de decir verdad en lo respondido en este formato.		Firmo de decir verdad en lo respondido en este formato.	

Si respondes **SI** a las preguntas **1, 2, 3 y 4**, permanece en tu domicilio. Tú tutor deberá informar oportunamente al ISECF sobre tu estado de salud.