

CUESTIONARIO DE RIESGO PARA COVID-19

Señale con una X, SI o NO a las siguientes preguntas:

¿Ha tenido fiebre o temperatura mayor a 38 C en los últimos 3 días?

SI NO

2 ¿Ha tenido tos en los últimos días? SI NO

3 ¿Le ha dolido el pecho recientemente? SI NO

4 ¿Ha sentido dolor de garganta o ha tenido secreción nasal en los últimos días? SI NO

5 ¿Le ha faltado el aire o ha tenido dificultad para respirar? SI NO

6 ¿Se ha sentido últimamente más fatigado de lo usual? SI NO

7 ¿Ha notado disminución del olfato o del sabor de los alimentos? SI NO

8 ¿Ha presentado dolor abdominal, náuseas, vómito o diarrea últimamente?

SI NO

9 ¿Ha tenido dolores musculares o articulares recientemente? SI NO

10 ¿Ha estado en contacto con alguien diagnosticado o sospechoso de COVID-19? SI NO

11 ¿Tiene en este momento alguna otra razón física que le impida hacer ejercicio? SI NO

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

DOCUMENTO: _____