

# CUESTIONARIO MEDICO COVID19 - AYUNTAMIENTO DE REDUEÑA

NOMBRE:

TELEFONO:

APELLIDOS:

Email:

FECHA:

CUSTIONARIO MEDICO COVID19	SI	NO	OBSERVACIONES
¿CASOS COVID19 EN SU ENTORNO FAMILIAR? ¿HA MANTENDIO MEDIDAS DE ASILAMIENTO INDICADAS AL ALTA?			
¿HA MANTENIDO LAS NORMAS DE AISLAMIENTO DECRETADAS POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS?			
¿HA PRESENTADO EN LOS ULTIMOS MESES O PRESENTA ALGUN CUADRO CATARRAL O DIARREICO LEVE?			
¿HA PRESENTADO O PRESENTA ALTERACION DE LOS SENTIDOS DEL GUSTO Y/O OLFATO?			
¿HA PRESENTADO O PRESENTA TOS, DIFICULTAD RESPIRATORIA O FATIGA?			
¿HA PRESENTADO FIEBRE?			
¿OTROS SINTOMAS?			

RESULTADO

Ig M .....

Ig G .....