

*Formulario epidemiológico Covid-19*

Autorizado por:

1. Tiene usted alguna enfermedad infectocontagiosa, incluyendo COVID-19
   1. SI\_\_\_\_ No\_\_\_\_
2. Esta usted febril, tiene dificultad respiratoria o malestar general.
   1. SI\_\_\_\_ No\_\_\_\_
3. A tenido usted contacto con alguna persona infectada por el COVID-19.
   1. SI\_\_\_\_ No\_\_\_\_
4. Estuvo usted enfermo por COVID-19, de ser positiva su respuesta, permanece positivo, y si es negativo fecha de esa prueba, (de preferencia pedirla físicamente).
   1. No he tenido\_\_\_\_ b. Positivo\_\_\_\_\_ c. Negativo

fecha última prueba negativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_