

FECHA: / /

ENCUESTA CORONAVIRUS –COVID19

1.- INFORMACION PERSONAL:

Nombres	Apellidos
---------	-----------

Medio de Transporte: _____

Correo Electrónico: _____

Numero de contacto: _____

2.- ANTECEDENTES DE VIAJE EN LOS ULTIMOS 30 DIAS: (indique país o región)

a) _____

b) _____

c) _____

3.- ANTECEDENTES

¿Tuvo contacto con una persona enferma de coronavirus (COVID-19)? SI _____ NO _____

¿ Actualmente presenta alguno de estos síntomas?

CEFALEA

TOS

MIALGIA

FIEBRE

ODINOFAGIA

OTRO: Cual? _____