



CUESTIONARIO PARA CONTROL DE SÍNTOMAS COVID-19

FECHA:

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos:

Barco:

Fecha de nacimiento:

INFORMACIÓN CLÍNICA:

¿Ha presentado alguno de estos síntomas en la última semana?

| | SÍ | NO |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Febrícula (>37°C) o Fiebre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Escalofríos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad respiratoria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diarrea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vómitos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Comentarios: