



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"/>
¿Ha tenido contacto con alguna persona pendiente de PCR de coronavirus en los últimos 15 días?		

Comentarios: