

CORONAVIRUS

COVID-19

Relevamiento en patologías de base y/o pre existencia

Este cuestionario es a modo de declaración jurada y de carácter privado.

EMPRESA
APELLIDO Y NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO

PUESTO DE TRABAJO
DNI

1- ¿COMO EVALUA SU ESTADO DE SALUD ACTUAL?

- Es diabético? Que medicación utiliza? SI NO _____
- Tiene presión arterial alta? SI NO _____
- Tratamiento inmunosupresivo? SI NO _____
- Patología renal- cardíaca? SI NO _____
- Cursa tratamiento por cáncer? SI NO _____
- Toma corticoides? SI NO _____
- Es fumador? SI NO _____
- Obesidad? SI NO _____
- Cursa embarazo? tiempo de gestación? SI NO _____
- Patología respiratoria crónica?
(asma, EPOC, bronquitis crónica, o cualquier otra) SI NO _____
- Toma medicación prescrita? Adjuntar orden médica SI NO _____
Detallar nombre del fármaco y modo de toma (dosis diaria/ horario de toma)

2- ¿HA PRESENTADO LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre (mayor o igual a 38 grados) | <input type="checkbox"/> Tos |
| <input type="checkbox"/> Taquipnea/ Disnea | <input type="checkbox"/> Vómitos |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Mialgias (Dolor muscular) |
| <input type="checkbox"/> Malestar general | <input type="checkbox"/> Insuficiencias respiratorias |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Garganta | <input type="checkbox"/> Cefaleas |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Irritabilidad/ Confusión |
| <input type="checkbox"/> Rechazo del alimento | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Evidencia radiológica de neumonía | <input type="checkbox"/> Otros (Especificar) |

3- ¿SE ENCUENTRA AL CUIDADO DE FAMILIAR CONVIVIENTE MAYOR DE 65 AÑOS Y/O CON PATOLOGÍAS PREEXISTENTES? Detallar la persona a cargo, vínculo y patología preexistente

SI NO Vínculo _____ Patologías preexistentes _____

4- ¿HA REALIZADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SUPUESTO?

• Ha concurrido a un centro de salud que ha asistido casos confirmados por COVID-19? SI NO Fecha / /

• Tuvo contacto cercano con personas con infección respiratoria dentro de los últimos 14 días?

SI NO En que entorno? _____

• Tuvo contacto con casos probables o confirmados de COVID-19? SI NO

En que entorno? Asistencial Familiar Laboral

• Ha viajado durante los últimos 14 días? SI NO Ingreso a TDF / /

Donde? _____ Desde / / Hasta / /

Viajo en avión Barco Ómnibus Auto Compañía _____

DE NO ESTAR COMPRENDIDO EN ESTE LISTADO, Describa por favor su situación de salud particular y la medicación que utiliza:

