

Encuesta Tamizaje procedimientos para COVID 19

Nombre y dos apellidos del Paciente: _____

Rut: _____ Fecha: _____

Acompañante o representante: _____

Firma: _____

Durante los últimos 7 días, el paciente ha tenido:

	SI	NO
¿Temperatura mayor a 37,8?		
¿Síntomas respiratorios (dolor de garganta, tos o congestión nasal)?		
¿Dolor de cabeza o dolor muscular?		
¿Dolor torácico?		
¿Dificultad respiratoria?		
¿Alteración del gusto o del olfato?		
¿Diarrea?		
¿Contacto con algún paciente positivo confirmado o con sospecha de COVID 19?		