

CUESTIONARIO PARA EL TRIAGE TELEFÓNICO

- ✓ ¿Tiene fiebre o se ha sentido con algo de temperatura en los últimos 14-21 días? SI NO
- ✓ ¿Ha tenido falta de aire o dificultad para respirar? SI NO
- ✓ ¿Tiene tos? SI NO
- ✓ ¿Ha tenido otros síntomas de gripe? SI NO
- ✓ ¿Ha sentido molestias gastrointestinales, dolor de cabeza, fatiga? SI NO
- ✓ Recientemente, ¿ha tenido pérdida del olfato o del gusto? SI NO
- ✓ ¿Tiene o ha tenido contacto con algún paciente diagnosticado COVID-19? SI NO
- ✓ ¿Ha estado en contacto estrecho con personas que presentaban algún cuadro respiratorio, tos o alguno de los síntomas? SI NO
- ✓ ¿Es mayor de 60 años? SI NO
- ✓ ¿Padece alguna enfermedad cardíaca, pulmonar, renal, diabetes, autoinmune? SI NO
- ✓ ¿Ha tenido dificultades para hablar o al caminar en los últimos 15 días? SI NO
- ✓ ¿Ha viajado en los últimos 14 días? SI NO

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI

FECHA: / /