

- ¿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