# **ANEXO C**

# **CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE COVID-19**

# **PARA UNA PRUEBA DE LA FIE**

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

FECHA DE NACIMIENTO: TELÉFONO MÓVIL:

E-MAIL: PAÍS:

PRUEBA: LUGAR:

FECHA:

**Sección 1.**

|  |  |
| --- | --- |
| Temperatura ≥ 100,1 °F/37,8 °C | SÍ NO - Temperatura real: |

**Sección 2. ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Aparición repentina/reciente de tos (no relacionada con alguna alergia o enfermedad pulmonar) | SÍ | NO |
| Congestión nasal repentina/reciente (no relacionada con una alergia o infección de los senos paranasales) | SÍ | NO |
| Aparición repentina/reciente de dolores de garganta | SÍ | NO |
| Aparición repentina/reciente de dificultades respiratorias (no relacionada con una enfermedad crónica) | SÍ | NO |
| Aparición repentina/reciente de diarrea | SÍ | NO |
| Aparición repentina/reciente de dolores abdominales | SÍ | NO |
| Aparición repentina/reciente de náuseas / vómitos | SÍ | NO |
| Aparición repentina/reciente de cansancio / malestares | SÍ | NO |
| Aparición repentina/reciente de pérdida del gusto / del olfato | SÍ | NO |

**Sección 3. Exposición**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Está viviendo con alguien que esté en cuarentena? | SÍ | NO |
| En su conocimiento, ¿ha estado expuesto al COVID-19 o ha estado en contacto con una persona que haya dado positivo actualmente a la prueba del COVID-19 o que presente síntomas compatibles con el COVID-19? | SÍ | NO |
| Con fines informativos: Si usted ha dado un resultado positivo a la prueba del COVID-19 anteriormente y ha superado la infección o si ha sido completamente vacunado(a), por favor proporcione la documentación relativa. |  | |

Firma del participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: