|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha: |  | Lugar: |  | Email |  |
| Nombre completo: |  | Edad |  |
| Cedula de ciudadanía: |  | Cargo o número de contrato: |  |
| Numero de celular: |  | Jefe Inmediato o supervisor: |  |
|  |
| Género: | Masculino |  | Femenino |  |  |

1. **Marque con una X si usted está presentado alguno de los siguientes síntomas:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Fiebre de difícil control (más de 38°centígrados, por más de 3 días seguidos)  |  |
|  | Dificultad para respirar / ahogo persistente  |  |
|  | Tos frecuente con ahogo  |  |
|  | Fatiga / Debilidad muscular persistente  |  |
|  | Secreciones nasales / Estornudo  |  |
|  | Malestar general persistente  |  |
|  | Síntomas de posible cuadro gripal  |  |
|  | Ninguna de la anteriores |  |

1. **Adicionalmente conteste a las siguientes preguntas marcando con una X en SI o NO, si es afirmativo responda.**

|  |
| --- |
| 1. ¿Ha tenido contacto con alguna persona que presente alguno de los anteriores síntomas durante los últimos 5 días?
 |
| No |  | Si |  | ¿Con quién? |  |
|  |
| 1. ¿Vive con algún familiar que tenga síntomas o ha sido diagnosticado con COVID-19?
 |
| No |  | Si |  | ¿Con quién? |  |
|  |
| 1. ¿Ha consultado a algún servicio de salud por presentar alguno de los anteriores síntomas?
 |
| No |  | Si |  | ¿Con quién? |  |
|  |
| 1. ¿Ha salido del Departamento durante los últimos 15 días?:
 |
| No |  | Si |  | ¿Cuándo? |  | ¿Dónde estuvo? |  |
|  |

1. **Conteste las siguientes preguntas marcando con una X, Si padece alguna de las siguientes;**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Hipertensión arterial en tratamiento con medicamentos
 |  |
| 1. Diabetes en tratamiento
 |  |
| 1. Trasplante de órganos
 |  |
| 1. Cáncer en tratamiento
 |  |
| 1. Artritis en tratamiento
 |  |
| 1. Enfermedades Autoinmunes
 |  |
| 1. Consumo de medicamentos que afectan el sistema inmunológico
 |  |
| 1. Enfermedades graves de pulmón (EPOC, ASMA)
 |  |
| 1. Esta lactando en este tiempo actual **(pregunta solo para mujeres)**
 |  |
| 1. Ha tenido en los últimos días disminución de la percepción del gusto o del olfato
 |  |
| 1. Ninguna de las anteriores
 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma |  |
| Cédula |  |