

COVID-19

Preguntas para la evaluación inicial

1. ¿Ha tenido usted un resultado positivo a un examen de COVID-19 en los últimos 30 días O? ¿Tiene usted alguno de estos síntomas?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Nuevo episodio de diarrea |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Dolores y molestias musculares |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Pérdida del sentido del olfato o del gusto |
| <input type="checkbox"/> Opresión en el pecho | |
| <input type="checkbox"/> Congestión nasal | |

SÍ

[YES]

NO

[NO]

2. ¿Es usted paciente de trasplante de médula ósea o de inmunoterapia?

SÍ

[YES]

NO

[NO]