



CUESTIONARIO PRE TRIAGE COVID-19 VÍA TELEFÓNICA

NOMBRES Y APELLIDOS		
TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO		
FECHA		
Marque con una X (si) o (no) si ha presentado alguno de estos síntomas en los últimos 30 días		
SÍNTOMAS	SI	NO
FIEBRE		
TOS		
DOLOR MUSCULAR		
DIFICULTAD RESPIRATORIA		
PÉRDIDA DEL GUSTO RECIENTE		
PÉRDIDA DEL OLFATO RECIENTE		
DIARREA, NAUSEAS, VÓMITO		
DOLOR DE GARGANTA		
HA TENIDO CONTACTO CON PACIENTES DIAGNOSTICADOS O CON SOSPECHA DE COVID-19		
LE HAN TOMADO LA PRUEBA DE COVID-19		
OBSERVACIONES		

