



## CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE SÍNTOMAS Y CONTACTOS EN LA COMUNIDAD

Fecha de aplicación (día, mes y año)	
Nombre del entrevistado:	
Nombre de la persona que realizó el filtro:	

1. En los últimos 7 días, ha tenido alguno de los siguientes síntomas:

Síntoma	Si	No
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Síntoma	Si	No
Dolor o ardor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de articulaciones o músculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escurrecimiento nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojo rojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para respirar o dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Alguna de las personas con las que cohabita o convive es un caso sospechoso o confirmado de COVID-19?

Si  No

¿Tienes bajo su cuidado a personas mayores de 65 años, con algún padecimiento crónico o menores de edad?

Si  No

¿Usted tiene algún padecimiento crónico o degenerativo?

Si  No

3. ¿Está Usted embarazada o dentro de los seis meses de periodo de lactancia?

Si  No

Caso sospechoso o contacto en la comunidad

Si  No

Firma de quien realizó el filtro

----- CORTE AQUÍ -----

Fecha de aplicación (día, mes y año)	
Nombre del entrevistado:	

NO SE LE PERMITE EL ACCESO POR CONSIDERARSE CASO SOSPECHOSO O DE CONTACTO EN LA COMUNIDAD.  
SE RECOMIENDA PERMANECER EN CASA PARA MINIMIZAR RIESGOS DE SALUD PARA USTED Y PARA OTROS,  
SOLICITANDO SEGUIR LAS INDICACIONES DEL PERSONAL MÉDICO.  
(Conserva este talón que comprueba su asistencia)

Firma de quien realizó el filtro