Cuestionario de Salud con relación al Covid-19

Nombre del Propuesto Asegurado: _____

DPI: _____ NIT: _____

1) ¿Durante los últimos 30 días ha estado fuera de Guatemala? SI NO

2) Indique en qué país _____

3) Le hicieron control de Salud al ingresar al país: SI NO

4) En los últimos 14 días ha tenido alguno de los siguientes síntomas:

a. Fiebre de cualquier tipo SI NO

b. Tos SI NO

c. Flema SI NO

d. Dificultad para respirar SI NO

e. Cansancio / Debilidad SI NO

f. Dolor de garganta SI NO

5) Está o ha estado en contacto con alguien que ha estado en cuarentena o que fuera diagnosticado positivo de Covid-19 SI NO

6) Ha sido puesto en cuarentena por un probable contagio de Covid-19 SI NO

7) Le han efectuado una prueba de Covid-19 y su resultado fue positivo SI NO

Si la respuesta anterior es positiva indique fecha: _____

8) Le ha sido aplicada vacuna para Covid-19 SI NO

Tipo de vacuna (Marca): _____

Primera Dosis SI NO

Segunda Dosis SI NO

Tercera Dosis SI NO

Firma: _____

Fecha: _____