



Monitoreo Clínico telefónico



1 ¿Ha sido evaluado por Covid-19? Si es así ¿Cuándo?

2 ¿Tuvo alguno de los siguientes síntomas los últimos 14 días?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Dolor de garganta | <input type="radio"/> Dolores en el cuerpo | <input type="radio"/> Pérdida de sabor |
| <input type="radio"/> Escasez de aliento | <input type="radio"/> Pérdida de olfato | <input type="radio"/> Aumento de temperatura mayor a 37.5 °C |
| <input type="radio"/> Tos | <input type="radio"/> Escalofríos | |

3 ¿Visitó o recibió tratamiento en algún hospital, hogar de ancianos, centro donde se reúnen muchas personas o centro de atención médica en los últimos 30 días?

4 ¿Ha viajado fuera o dentro del país en los últimos 21 días?

5 ¿Ha cuidado a algún individuo que está en cuarentena por sospecha (o con prueba confirmatoria) por Covid-19?

6 ¿Es usted un proveedor de atención médica o convive con alguno?

PUNTO CLAVE DE RECOMENDACIÓN: Si alguna de estas preguntas es afirmativa, es mejor diferir consulta 2 semanas más. Antes de agendar cita confirmar que el cuestionario sea negativo.