

CUESTIONARIO COVID-19

Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno

Fecha de Nacimiento	
---------------------	--

Este cuestionario debe ser contestado con información real y actualizada, a la fecha en que sea solicitado.

Esta información es absolutamente confidencial, y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que el solicitante ha presentado.

¿Tuvo contacto estrecho en las últimas 3 semanas con alguna persona con infección de COVID-19, sospechosa o confirmada? SI NO
 En caso afirmativo, ampliar información,

¿Se le ha hecho prueba para COVID-19, o tiene sospecha o infección confirmada por COVID-19? SI NO
 En caso afirmativo, ampliar información y anexar resultado de prueba realizada.

¿Ha viajado durante las últimas 3 semanas fuera de El Salvador? SI NO
 En caso afirmativo, indique País y tiempo de estancia.

¿Se le ha recomendado realizarse la prueba de COVID-19 o está planeando la realización de esta prueba? SI NO
 En caso afirmativo, ampliar información

¿Ha sido tratado en un hospital o algún otro tipo de institución sanitaria con sospecha o infección confirmada por COVID-19? SI NO
 En caso afirmativo, ampliar información y anexar informe médico.

¿Tiene actualmente, o tuvo en las últimas 3 semanas, alguno de los siguientes síntomas? SI NO
 Dolor de garganta, Tos, Secreción nasal, Dolor de extremidades, Cansancio o debilidad, Dificultad para respirar o algún otro problema de la respiración, Fiebre desde 38°C, Síntomas gripales, Escalofríos, Náuseas/mareos, Vómitos, Diarrea, Alteración de los sentidos del gusto o del olfato.
 En caso afirmativo, especificar síntoma y proporcionar fechas desde y hasta cuando los presentó.

Actualmente, ¿se encuentra en buen estado de salud? SI NO
 En caso de haber contestado NO, favor de indicar síntomas presentados y si ha acudido con un médico para ser valorado en las últimas 3 Semanas

Lugar _____

Fecha _____

Nombre y Firma del Solicitante