

ANEXO N°1

ENCUESTA TEST DE INGRESO COVID-19

El llenado de esta encuesta es personal y es de responsabilidad exclusiva de la persona que lo completa. Recuerde que, acorde a las autoridades sanitarias, de tener síntomas relacionados a COVID-19 o de haber tenido contacto estrecho no debe salir de su domicilio.

Nombre Completo: _____.

Fecha: ____/____/____

RUT: _____.

Teléfono o correo electrónico: _____.

1.- ¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas recientemente o en las últimas 24 horas, si usted tiene fiebre, o tiene dos o más síntomas de los descritos, no debe salir de su casa y avisar a su médico correspondiente:

- ☐ **Fiebre (temperatura corporal de 37,8 °C o más)**
- ☐ **Pérdida brusca del olfato o anosmia**
- ☐ **Pérdida brusca o completa del gusto (ageusia)**
- ☐ Tos
- ☐ Disnea o dificultad respiratoria
- ☐ Congestión nasal
- ☐ Taquipnea o aumento de la frecuencia respiratoria.
- ☐ Odinofagia o dolor de garganta al comer o tragar fluidos
- ☐ Mialgias o dolores musculares
- ☐ Debilidad general o fatiga
- ☐ Dolor torácico
- ☐ Calofríos
- ☐ Cefalea o dolor de cabeza
- ☐ Diarrea
- ☐ Perdida del apetito (anorexia) o náuseas o vómitos
- ☐ Sin síntomas

2- ¿Ha tenido contacto estrecho con una persona confirmada con COVID-19? (si usted ha tenido contacto estrecho, no debe salir de su casa y avisar a la autoridad sanitaria).

- ☐ **Si**
- ☐ **No**

Firma