

CUESTIONARIO DIARIO DE INGRESO COVID-19

El llenado de este cuestionario es personal y es de responsabilidad exclusiva de la persona que lo completa. Debe ser contestado diariamente y es requisito para poder ingresar al recinto deportivo asignado. 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 residencia.

Nombre Completo: _____

Fecha: ____/____/____

RUT: _____

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

- Fiebre (temperatura corporal de 37, 8° C o más)
- Tos
- Disnea o dificultad respiratoria
- Dolor torácico
- Odinofagia o dolor de garganta al comer o tragar fluidos
- Mialgias o dolores musculares
- Calofríos
- Cefalea o dolor de cabeza
- Diarrea
- Pérdida brusca del olfato o anosmia
- Pérdida brusca del gusto o ageusia
- 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