

HOJA EVALUACION CLÍNICA sospecha Infección Coronavirus

Nº Historia de de

NOMBRE

- **¿Ha tenido contacto con personas con sospecha o afectadas por COVID-19? En las últimas 2 semanas**

SI NO

En caso afirmativo con quién y cuándo.

- **¿Ha tenido uno o más de los siguientes síntomas: Tos seca, fiebre > 37,5°C, fatiga, dolor muscular, diarrea, pérdida sentido olfato o gusto u otros síntomas sospechosos de COVID-19, en las 2 últimas semanas?**

SI NO

Si es así, ¿en qué plazo?

- **¿Ha sido sometido a aislamiento o cuarentena?**

SI NO

- **¿Ha sido sometido a alguna prueba diagnóstica (hisopo o análisis de sangre) para COVID-19? Por qué motivo?**

SI NO

En caso afirmativo que fecha se realizó la prueba, que tipo de prueba y cuál fue el resultado

- **¿Lleva a cabo actividades profesionales con alto riesgo de contagio COVID-19 (médico, enfermera, asistente de trabajador social, etc.)?**

SI NO

Firmado