

CUESTIONARIO DE INGRESO COVID-19

Nota:

- Este cuestionario debe ser entregado al inicio de la Jornada 1 (J1) a los miembros del equipo que estén validando las inscripciones.
- El llenado de este cuestionario es personal y es de responsabilidad exclusiva de la persona que lo completa, además de ser requisito para poder ingresar al Campamento Base.
- 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	
RUN	

- 1- ¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas recientemente (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):

<input type="checkbox"/>	Fiebre (temperatura corporal de 37,8 °C o más).
<input type="checkbox"/>	Tos.
<input type="checkbox"/>	Disnea o dificultad respiratoria.
<input type="checkbox"/>	Dolor torácico.
<input type="checkbox"/>	Odinofagia o dolor de garganta al comer o tragar saliva.
<input type="checkbox"/>	Mialgias o dolores musculares.
<input type="checkbox"/>	Calofríos.
<input type="checkbox"/>	Cefalea o dolor de cabeza.
<input type="checkbox"/>	Diarrea.
<input type="checkbox"/>	Pérdida brusca del olfato o anosmia.
<input type="checkbox"/>	Pérdida brusca del gusto o ageusia.
<input type="checkbox"/>	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).

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

1. ¿Ha completado usted el esquema de vacunación COVID – 19 correspondiente? (Será revisado en Yo Me Vacuno o RNI).

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

2. ¿Posee usted su pase de movilidad? (Deberá presentarlo al momento de entregar este formulario).

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No