

Nombre del paciente	Fecha .../...	
¿Tiene fiebre o se ha sentido con algo de temperatura en los últimos 14-21 días?	SI	NO
¿Ha tenido falta de aire o dificultad para respirar?	SI	NO
¿Tiene tos?	SI	NO
¿Ha tenido otros síntomas de gripe?	SI	NO
¿Ha sentido molestias gastrointestinales, dolor de cabeza, fatiga?	SI	NO
Recientemente, ¿ha tenido pérdida del olfato o del gusto?	SI	NO
¿Tiene o ha tenido contacto con algún paciente diagnosticado COVID-19?		
¿Ha estado en contacto estrecho con personas que presentaban algún cuadro respiratorio, tos, o alguno de los síntomas?	SI	NO
¿Es mayor de 60 años?	SI	NO
¿Padece alguna enfermedad cardíaca, pulmonar, renal, diabetes, autoinmune?	SI	NO
¿Ha tenido dificultades para hablar o al caminar en los últimos 15 días?	SI	NO
¿Ha viajado en los últimos 14 días?	SI	NO
¿En qué medio de transporte concurrió al consultorio?		
Firma y aclaración del profesional:		
Firma y aclaración del paciente (DNI):		