



GUÍA RÁPIDA PREVENTIVA COVID-19

Por su cuidado y el de las personas que pertenecen a nuestra organización es muy importante que usted y su familia responda con toda sinceridad las siguientes preguntas:

Sintomatología	Si	No
1. ¿Tiene fiebre igual o mayor a 38°C, tos, dolor de garganta, dificultad respiratoria o fatiga?		<input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Alguna de las personas con que usted vive presenta alguno de los anteriores síntomas?		<input checked="" type="checkbox"/>
Historial de viajes		
3. ¿Ha tenido algún viaje dentro del país o por fuera de él en los últimos 14 días?		<input checked="" type="checkbox"/>
Contacto		
4. ¿Usted o alguna de las personas que vive con usted ha estado en contacto con alguna persona a la que se le haya diagnosticado COVID19?		<input checked="" type="checkbox"/>
5. ¿Usted o alguna de las personas que vive con usted ha estado en contacto con alguna persona que tenga algún cuadro respiratorio agudo?		<input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Alguna de las personas que viven con usted trabaja en el área de la salud?		<input checked="" type="checkbox"/>
7. ¿Usted o alguna de las personas que vive con usted ha estado en contacto con alguna persona extranjera o que haya viajado?		<input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿Alguna de las personas que vive con usted ha sido enviada a cuarentena por la EPS o la Secretaría de Salud?		<input checked="" type="checkbox"/>

Datos del candidato y su grupo familiar	
Nombre del candidato	Juan Miguel Echeverry Ortega
Nombre de las personas con que vive	Maria Rocio Franco (Abuela) , Jose Manuel Ortega Franco(Hermano)
Ocupación de las personas que viven con usted	Madre: Ama de casa, Hermano: Discapacitado; Conyugue: ; Hija:
¿Usted certifica que estas personas no presentan síntomas asociados al Covid-19?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Firma del candidato	Juan Miguel Echeverry Ortega

Se garantiza la confidencialidad de la información aquí suministrada.