

Cuestionario para solicitantes que padecieron COVID-19

El solicitante solo podrá ser valorado cuando cumpla con al menos 30 días de haber sido dado de alta.

Nombre completo del solicitante			Fecha			Póliza / Folio					
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre(s)		día	mes	año			
1. ¿En qué fecha le diagnosticaron SARS-CoV-2 / COVID-19?											
día		mes		año							
Fecha											
2. ¿Qué tipo de prueba se usó para hacer el diagnóstico?											
Prueba de rt-PCR (generalmente realizada con un hisopo nasal o de garganta)						<input type="checkbox"/>					
Prueba de anticuerpos y/o antígenos (validan si hubo infección previo y por lo tanto anticuerpos o si la infección sigue latente) (IGG/IGM) (sanguínea)						<input type="checkbox"/>					
Otros						<input type="checkbox"/>					
En caso de seleccionar "Otros", favor de especificar el tipo de prueba:											
3. ¿Por qué se practicó una prueba COVID-19? (Seleccione uno)											
Tenía síntomas / estaba enfermo						<input type="checkbox"/>					
Tuve exposición con alguien que padecía COVID-19, pero no tuve síntomas						<input type="checkbox"/>					
Como parte de un programa general de detección / prueba, pero no tenía síntomas (por temas laborales, viajes al extranjero, etc.)						<input type="checkbox"/>					
Otra						<input type="checkbox"/>					
En caso de seleccionar "Otra", favor de detallar:											
4. ¿En algún momento requirió ingreso al hospital para observación, cuarentena o tratamiento de COVID-19?											
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
En caso afirmativo favor de adjuntar el reporte de su médico tratante, el cual deberá incluir fecha de diagnóstico, fecha de alta, complicaciones, tratamiento, evolución, secuelas, estado de salud actual, pronóstico y resultado de prueba COVID-19. Si le realizaron estudios adicionales, es necesario adjuntar copia.											
5. ¿Qué síntomas tiene en este momento? (Seleccione las opciones que correspondan)											
Fatiga o pérdida de energía			<input type="checkbox"/>			Dolor de cabeza			<input type="checkbox"/>		
Dificultad para concentrarse			<input type="checkbox"/>			Falta de aliento			<input type="checkbox"/>		
Fiebre			<input type="checkbox"/>			Estado de ánimo deprimido			<input type="checkbox"/>		
Tos			<input type="checkbox"/>			Sin síntomas			<input type="checkbox"/>		
Dolor de cuerpo			<input type="checkbox"/>								
6. Fecha en la que experimentó una recuperación completa:											
día		mes		año							
Fecha											
7. ¿Tiene citas pendientes o pruebas de seguimiento relacionadas con su diagnóstico de COVID-19?											
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
Especifique seguimiento pendiente o recomendado a su diagnóstico de COVID-19											
Cita médica			Especialista:			día mes año					
						Fecha					
Prueba de laboratorio o gabinete			Tipo de prueba:			día mes año					
						Fecha					
8. Si está empleado, ¿ha sido certificado para volver a trabajar sin restricciones y a plena capacidad?											
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
En caso negativo, por favor proporcione detalles:											
9. ¿Cuenta con el esquema completo de vacunación?											
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
¿Qué vacuna le fue aplicada? _____											
¿En qué fecha(s)? 1° dosis _____ 2° dosis _____											
Firma del solicitante											