



DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Género
Andrés Gallego Tovar	13 / 11 / 2002	Mujer <input type="radio"/> Hombre <input checked="" type="radio"/>

1) ¿Según su médico, qué tipo de sintomatología tuvo su infección Covid-19?

Leve ☒ Moderada ☐ Severa ☐ Crítica ☐

2) ¿Le hospitalizaron por su infección / sospecha de Covid-19? SI ☐ NO ☒ En caso afirmativo responda las siguientes preguntas

Fecha de Alta Hospitalaria: / / Necesito usted de Oxígeno ☐ Ventilación (respiración artificial) ☐

¿Fue hospitalizado en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)? SI ☐ No ☐

Aparte de los cuidados anteriormente mencionados, ¿recibió algún otro tipo de tratamiento (farmacológico, no farmacológico, cirugía, plasma convaleciente, etc.)? SI ☐ No ☐ En caso afirmativo, ¿cuáles?

3) ¿Antes de la infección con coronavirus, sufría Usted de enfermedades pulmonares, cardiovasculares (incluyendo hipertensión), obesidad, diabetes, enfermedades autoinmunes o patología renal? SI ☐ NO ☒ En caso afirmativo, ¿cuáles?

4) ¿Está Usted completamente curado y sin síntomas? SI ☐ NO ☒

En caso afirmativo, indicar desde qué fecha: / /

5) ¿A causa del Covid-19 tuvo secuelas/complicaciones (por favor especificar cuáles)?

☐ Pulmonares ☐ Cardiovasculares ☐ Renales ☐ Mentales/neurológicas ☐ Musculo-esqueléticas ☐ Otra ¿Cuál? Ninguna ☒

6) ¿Después del alta, le ha efectuado controles periódicos? SI ☐ NO ☒

En caso afirmativo, ¿los resultados del control fueron normales? SI ☐ No ☒

Fecha

15 / 06 / 2023

Andrés Gallego Tovar
FIRMA DEL SOLICITANTE
C.C. 1001061068