

 ASTRID GARZON CONSULTORIO ODONTOLÓGICO	Protocolo de bioseguridad COVID-19, en el área de la salud bucal	Versión 1
--	--	-----------

FORMATO DE AUTO EVALUACIÓN DEL COVID-19

Por favor, diligencie el siguiente cuestionario marcando con una X según la condición actual en proceso de remisión. De la claridad en la información que nos sea suministrada depende de la activación de los recursos que sea necesarios para mitigar riesgos de contagio y evitar el ingreso a las instalaciones.

Nombre Completo: _____

No. De Cedula: _____

Edad: _____ Cargo: _____

1. ¿Ha realizado algún viaje internacional o nacional en los últimos 14 días?

SI ☐ NO ☐

2. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

	SI	NO
Fiebre _____ →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta _____ →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Congestión nasal _____ →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos _____ →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para respirar _____ →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatiga _____ →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalofrío _____ →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Músculos _____ →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nauseas _____ →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomito _____ →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza _____ →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de pecho _____ →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea _____ →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdida de olfato o sabor _____ →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Protocolo de bioseguridad COVID-19, en el área de la salud bucal	Versión 1
---	---	------------------

3. ¿Estuvo en contacto con alguien que tuvo alguno de estos síntomas?

SI ☐ NO ☐

Firma y nombre.

C.C. _____

Dirección:	Proyecto:
E-mail:	Reviso:
Teléfono:	Aprobó: