|  |  |
| --- | --- |
|  | ENCUESTA COVID 19  Versión 1.0 |

Apreciado Usuario:

Para garantizar la salud de nuestros trabajadores y la de los demás pacientes que asistirán con usted al consultorio, no estamos autorizados a admitir personas sintomáticas respiratorias ni personas con antecedente de contacto por el que deberían estar en cuarentena. Tampoco deben salir del aislamiento obligatorio quienes sean o convivan con personas que tengan aislamiento ampliado; mayores de 70 años, inmuno-suprimidos, lactantes que no han completado el ciclo básico de vacunación o personas con enfermedad pulmonar o cardiaca crónica o en estudio. Como debemos reducir el número de personas presentes en el consultorio, no podemos admitir acompañantes.

Amablemente le solicitamos que bajo la gravedad del juramento conteste el siguiente cuestionario, si concluye que no debe asistir, atienda su deber social, cancele su cita y quédese en casa.

A su llegada al modulo de recepcion verificaremos la encuesta y veremos que no presente síntomas ni pérdida del olfato.

# Identificación del usuario:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre y apellidos: | | No. Documento: |
| Fecha y hora de la cita: | Edad: | Celular: |
| Ocupación: | Empresa: | |

**Declaración juramentada COVID 19:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Ha respetado el aislamiento preventivo decretado. Ha limitado sus salidas a las mínimas  necesarias? | No | Si |
| 2 | ¿Es usted una persona que deba tener aislamiento preventivo ampliado? Mayor de 70 años, inmuno-suprimido o persona con enfermedad pulmonar o cardiaca crónica activa, diagnosticada  o en estudio. | No | Si |
| 3 | ¿Convive con alguna persona cubierta por el aislamiento preventivo ampliado? Mayores de 70  años, inmunosuprimidos, bebes o personas con enfermedad pulmonar o cardiaca crónica. | No | Si |
| 4 | ¿Marque con X si ha tenido alguno de los siguientes síntomas en los últimos 14 días? |  |  |
| a.Fiebre b.Fatiga c.Tos d.Dificultad para respirar e.Dolor de garganta f. Secreción nasal |  |  |
| g.Pérdida del sentido del gusto h.Pérdida reciente del olfato i.Malestar general Ninguno | |  |
| 5 | Bajo juramento, ¿Tiene en este momento alguno de los síntomas listados en la pregunta  anterior? | No | Si |
| 6 | ¿Ha tenido contacto estrecho en los últimos 14 días con un caso de infección respiratoria grave o  un caso de COVID 19? | No | Si |
| 7 | ¿Es trabajador asistencial del área de la salud con posible contacto con pacientes de COVID 19? | No | Si |
| 8 | ¿Ha sido entrado en cuarentena por sospecha o confirmación de COVID 19? Cuarentena es diferente a aislamiento preventivo. En caso afirmativo, Adicionalmente debe llenar otro  cuestionario. El de final de cuarentena. | No | Si |
| 9 | Si le han ordenado cuarentena. ¿Ha recibido el alta médica? Si fue escrita, favor adjuntarla. | No | Si |

|  |  |
| --- | --- |
| Declaro que he leído y entendido cada una de las preguntas y que las he contestado con toda sinceridad | **Firma del Declarante** |

**A su llegada al consultorio impregne la suela del zapato en el tapete desinfectante y lávese las manos TODOS SOMOS RESPONSABLES DE TODOS**