

CUESTIONARIO DE SALUD

¿PERTENECE A ALGUNA DE ESTAS POBLACIONES?

1. MAS DE 65 AÑOS
2. HIPERTENSION ARTERAL
3. DIABETES
4. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR
5. ENFERMEDAD PULMONAR
6. INSUFICIENCIA RENAL
7. CANCER
8. INMUNODEFICIENCIAS
9. EMBARAZO

SI AUTOCONTESTA DE MANERA POSITIVA A ALGUNOS DE ESTOS PUNTOS LE ACONSEJAMOS QUE NOS LO INDIQUE PARA VALORAR LA FORMA EN LA QUE DEBEMOS PRESTAR SU ATENCIÓN.

¿EN EL MOMENTO ACTUAL TIENE ALGUNA DE ESTA SINTOMATOLOGÍA?

1. DIFICULTAD RESPIRATORIA
2. TOS
3. FIEBRE
4. DOLOR COSTAL Y/O OPRESIÓN EN EL PECHO.
5. EXPECTORACION OSCURA
6. DOLOR DE GARGANTA
7. CONGESTIÓN NASAL, FATIGA, DOLOR DE CABEZA, FALTA DE SENSACIÓN GUSTATIVA, PÉRDIDA DEL OLFATO, DIARREA O MOLESTIAS DIGESTIVAS.
8. ESCALOFRIOS, MALESTAR, URTICARIAS U OTRAS LESIONES CUTANEAS

¿EN EL MOMENTO ACTUAL ESTA EN ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES?

1. ¿Ha tenido alguna vez diagnostico confirmado o no de infección por COVID19?
2. ¿En la actualidad convive con alguna persona con diagnostico confirmado o no de infección por COVID19?

SI AUTOCONTESTA DE MANERA POSITIVA A ALGUNOS DE ESTOS PUNTOS LE ACONSEJAMOS QUE CONSULTE A SU MEDICO Y NOS LO COMUNIQUE ANTES DE ACUDIR AL CENTRO.