



CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS COVID-19.

FECHA: _____

NOMBRE COMPLETO: _____

RUT: _____

TELEFONO: _____

EMAIL: _____

HORA LLEGADA: _____

TEMPERATURA: _____

PASE DE MOVILIDAD: SI _____ NO _____

El llenado de este cuestionario es personal y es de responsabilidad exclusiva de la persona que lo completa. Debe ser contestado obligatoriamente y es requisito para poder ingresar al evento deportivo. Recuerde que, acorde a las autoridades sanitarias, de tener síntomas relacionados a COVID-19 o de haber tenido contacto estrecho no debe salir de su residencia.

1-¿Es usted caso activo de COVID-19? SI _____ NO _____

2-¿Está en espera de resultados de PCR, ha estado en contacto con alguna persona en espera de resultados de PCR o persona confirmada con COVID-19? SI _____ NO _____ (Si usted ha tenido contacto estrecho, no debe salir de su casa y avisar a la autoridad sanitaria).

3. ¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas recientemente (últimas 24 horas)? Marque con una X (si usted tiene fiebre, o tiene dos o más síntomas de los descritos, no debe salir de su casa y avisar a su médico correspondiente):

Fiebre (temperatura corporal de 37,8 °C o más)	Disnea o dificultad respiratoria	Odinofagia o dolor de garganta al comer o tragar fluidos	Cefalea o dolor de cabeza
Tos	Mialgias o dolores musculares	Calofríos	Pérdida brusca del olfato o anosmia
Dolor torácico	Pérdida brusca del olfato o anosmia	Pérdida brusca del gusto o ageusia	Diarrea

FIRMA

Si contesto SI a cualquiera de las preguntas en este cuestionario. UD. NO DEBE INGRESAR AL RECINTO y debe dirigirse inmediatamente a la ambulancia o al Servicio de Salud más cercano.