

<b>FECHA:</b>	___/___/___	<b>HORA:</b>	___:___
<b>Nombre y apellido PACIENTE:</b>			
<b>DNI PACIENTE:</b>			
<b>Lugar de residencia:</b>			
<b>Teléfono celular:</b>			
<b>Lugar o empresa de trabajo:</b>			

<b>TEMPERATURA CORPORAL (*):</b> Valor de referencia: < o = 36.5 °C Normal	_____ °C
--	----------

(\*) Completa profesional según medición realizada al ingresar el paciente.

**Marcar con un círculo la respuesta que corresponda:**

1. ¿Tiene fiebre o la ha tenido en los últimos 14 días?	<b>Si</b>	<b>No</b>
2. ¿Ha tenido problema respiratorio (incluyendo tos) en los últimos 14 días?	<b>Si</b>	<b>No</b>
3. ¿Ha viajado fuera del país en los últimos 14 días?	<b>Si</b>	<b>No</b>
4. ¿Ha estado en contacto con alguna persona con confirmación o sospecha de COVID-19?	<b>Si</b>	<b>No</b>
5. ¿Ha estado en contacto estrecho con personas que presentaban cuadro respiratorio agudo en los últimos 14 días?	<b>Si</b>	<b>No</b>

***Declaro que he contestado todas las preguntas con honestidad y según mi conocimiento, sin ocultar información alguna.***

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional