

# AUTOEVALUACIÓN DE SALUD

1. ¿Tiene actualmente o ha tenido en los últimos 14 días algunos de los siguientes síntomas?:

Síntoma	SI	NO
Fiebre igual o superior a 37,8°		
Malestar general		
Dificultad para respirar		
Tos		
¿Consultó un medico?		
En caso afirmativo, anote los detalles del dictamen médico:		

2. ¿Ha tenido contacto estrecho con una persona confirmada como positivo para Coronavirus?

SI  No

3. ¿Si se va a trasladar, cual es el Destino?

Yo declaro que las respuestas anteriores son verdaderas y confiables de acuerdo con mi conocimiento:	
Firma:	Fecha: