

## Cuestionario de Salud con relación al Covid-19

Nombre del Propuesto Asegurado: \_\_\_\_\_

DPI: \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_

1) ¿Durante los últimos 30 días ha estado fuera de Guatemala? SI  NO

2) Indique en qué país \_\_\_\_\_

3) Le hicieron control de Salud al ingresar al país: SI  NO

4) En los últimos 14 días ha tenido alguno de los siguientes síntomas:

a. Fiebre de cualquier tipo SI  NO

b. Tos SI  NO

c. Flema SI  NO

d. Dificultad para respirar SI  NO

e. Cansancio / Debilidad SI  NO

f. Dolor de garganta SI  NO

5) Está o ha estado en contacto con alguien que ha estado en cuarentena o que fuera diagnosticado positivo de Covid-19 SI  NO

6) Ha sido puesto en cuarentena por un probable contagio de Covid-19 SI  NO

7) Le han efectuado una prueba de Covid-19 y su resultado fue positivo SI  NO

Si la respuesta anterior es positiva indique fecha: \_\_\_\_\_

8) Le ha sido aplicada vacuna para Covid-19 SI  NO

Tipo de vacuna (Marca): \_\_\_\_\_

Primera Dosis SI  NO

Segunda Dosis SI  NO

Tercera Dosis SI  NO

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_