

PARTE A Para ser completado por todo propuesto asegurado		PARTE B Si se ha Recuperado por Covid-19	
1. Nombre completo del Propuesto Asegurado		2. Cédula / Pasaporte	3. Nacionalidad
4. Fecha de Nacimiento	5. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	6. Dirección Residencial:	
7. En los últimos 14 días, usted ha tenido alguno de los siguientes síntomas? Fiebre de cualquier tipo, Tos, Dificultad para respirar, Malestar general (cansancio gripal), Rinorrea (catarro, descarga mucosa nasal), Dolor de garganta, Síntomas gastrointestinales como (nausea, vómitos y/o diarrea), Pérdida del sentido del olfato o del gusto.			
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo para alguno de éstos, indique cuál y detalle la información: _____			
8. a. ¿Ha estado en contacto cercano con alguien que ha sido puesto en cuarentena o diagnosticado una infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)? En caso afirmativo, ¿por favor proporcione detalles? _____			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. ¿Ha sido puesto en cuarentena por una probable exposición al nuevo coronavirus (SARS-Cov-2/COVID-19)? En caso afirmativo, por favor proporcione detalles, fechas y ubicación: _____			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. ¿Le han recomendado someterse a pruebas para confirmar o descartar un diagnóstico de Nuevo coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)? o, está en espera del resultado de una prueba que ha sido procesada en búsqueda del nuevo coronavirus (SARS-CoV2/COVID-19)?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d. ¿Ha tenido un resultado positivo en la prueba para el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)? En caso afirmativo, indique la fecha del diagnóstico positivo: _____			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. Declaración de Viajes - Por favor indique los viajes que haya realizado en los últimos 15 días:			
País	Ciudad	Fecha de arribo	Fecha de salida
10. Declaración de Viajes - Por favor indique sus planes de viajes futuros en los próximos 90 días:			
País	Ciudad	Fecha de arribo	Fecha de salida
11. Usted ha completado un esquema de vacunación para el SARS-CoV-2 / COVID-19			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a) Fecha de la primera vacunación: _____ b) Fecha de la segunda vacunación: _____			
c) Que tipo de vacuna (Nombre) le fue administrada: _____			
d) ¿Está experimentando efectos secundarios continuos a la vacunación? _____			
Opcional: Adjuntar copia de la tarjeta/comprobante oficial de vacunación junto a este cuestionario.			
12. ¿Usted, tiene plan de ser vacunado? Si es afirmativo, indique fechas y tipo de vacuna: _____			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13. La entidad en la que trabaja ¿cuenta con suficiente equipo de protección personal (EPP) para su planta laboral?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14. ¿Usted, actualmente se encuentra en buen estado de salud y puede trabajar a tiempo completo o realizar actividades diarias normales?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15. ¿Si Usted es trabajador de la Salud, ha sido vacunado? Opcional Adjuntar copia de la tarjeta de vacunación. Si es negativo, la empresa podrá solicitar mayor información.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16. Observaciones			



CUESTIONARIO DE SALUD RELACIONADO AL SARS-CoV-2 / COVID DECLARACION JURADA

PARTE B Cuestionario de Recuperación (solo aplica si tuvo Covid-19 en el pasado)

17. ¿En qué fecha le diagnosticaron SARS-CoV-2 / COVID-19? _____		
18. ¿Alguno de los solicitantes requirió ingreso al hospital para observación, cuarentena o tratamiento de COVID-19? En caso afirmativo, por favor detalle a continuación y junto a este cuestionario provea copia de su expediente médico del ingreso hospitalario, informe médico sobre el estado de salud actual, resultados de radiografías de tórax u otros estudios recientes.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a) Fecha de admisión	Fecha dado de alta (hospital)	
b) ¿Requirió tratamiento en la unidad de cuidados intensivos (UCI)?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c) ¿Necesitó una máquina para ayudarlo a respirar?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d) ¿Qué complicaciones experimentó, como problemas pulmonares (respiratorios), renales, hepáticos o cardíacos relacionados con la infección por COVID-19? (por favor proporcione detalles): _____		
19. Fecha en la que experimentó una recuperación completa: _____		
20. ¿Tiene citas o pruebas de seguimiento pendientes o recomendadas relacionadas con su diagnóstico de COVID-19? En caso afirmativo, indique fechas y prueba: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
21. Si está empleado, ¿ha sido certificado para volver a trabajar sin restricciones y a plena capacidad? Si la respuesta es No, por favor proporcione detalles: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

DECLARACIÓN Y FIRMAS

Confirmando que todas las respuestas están de acuerdo con mi mejor saber y entender.

Firma x _____	Nombre Impreso del Propuesto Asegurado	Fecha
Firma x _____	Nombre Impreso del Intermediario/Agente/Corredor/Asesor de Seguros	Fecha