

Cuestionario COVID 19
A ser completado por Solicitante al Seguro

Nombres y Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Agradeceremos responder a las siguientes preguntas y ampliar información si la respuesta es positiva.

1. ¿Sufre usted de alguna enfermedad cardiovascular o de los pulmones, o enfermedad pulmonar crónica obstructiva, diabetes, hipertensión arterial o ha tenido cáncer, o tiene obesidad severa (IMC >40), o asma que requiera inhaladores, o está inmunodeprimido o recibe tratamiento con inmunosupresores?
2. ¿Ha contraído Usted la enfermedad COVID-19 causada por el virus SARS-Cov-2 o está en aislamiento por sospecha de contagio por esta enfermedad?
3. ¿Ha experimentado en los últimos 14 días de manera repentina tos o dolor de garganta junto con fiebre?
4. ¿Ha tenido contacto con alguna persona que esté en cuarentena, aislamiento o haya sido diagnosticada con la enfermedad COVID-19?
5. ¿Tiene planificado algún viaje a países de riesgo elevado?
Si es afirmativo indicar probable fecha.

Guatemala, ___ de _____ de 2,020

Firma