



### Cuestionario diario de Ingreso

Nombre completo: \_\_\_\_\_

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

RUT : \_\_\_\_\_

Codigo Socio : \_\_\_\_\_

Ha presentado alguno de los siguientes síntomas recientemente (últimas 24 horas)? (si usted tiene fiebre o dos o mas síntomas de los descritos, no debe salir de su casa y avisar a su medico).

<input type="checkbox"/>	Fiebre (temperatura corporal de 37.8° C o más)
<input type="checkbox"/>	Tos
<input type="checkbox"/>	Disnea o dificultad respiratoria.
<input type="checkbox"/>	Dolor toràxico
<input type="checkbox"/>	Odinofagia o dolor de garganta al comer o tragar fluidos.
<input type="checkbox"/>	Mialgias o dolores musculares.
<input type="checkbox"/>	Calofríos.
<input type="checkbox"/>	Cefalea o dolor de cabeza.
<input type="checkbox"/>	Diarrea
<input type="checkbox"/>	Pérdida brusca del olfato o anosmia.
<input type="checkbox"/>	Pérdida brusca del gusto o ageusia.
<input type="checkbox"/>	Congestión nasa.
<input type="checkbox"/>	Aumento de la frecuencia respiratoria.
<input type="checkbox"/>	Debilidad general o fatiga.
<input type="checkbox"/>	Anorexia o nauseas o vómitos.
<input type="checkbox"/>	Sin síntomas.