



Anexo III
Cuestionario preestablecido de ingreso al CDA

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

Teléfono Laboral: _____

Celular: _____

Empresa o socio al que representa: _____

Marque el casillero que corresponda

Socio - Empleado Prestadores externos Otro Empleado

1. ¿Está usted experimentando cualquiera de los siguientes síntomas?

| | SI | NO |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Fiebre (37,5°C o más) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perdida del olfato | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perdida del gusto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Toma de fiebre (temperatura corporal) / valor obtenido: _____

2. ¿Ha estado usted en contacto con alguna persona que haya sido diagnosticada con COVID-19 o registrada como caso sospechado en los últimos 14 días?

3. ¿Ha regresado usted de un viaje en los últimos 14 días?

En caso afirmativo, indique país y localidad: _____

4. ¿Tiene usted contacto con algún individuo que haya retornado de una zona con transmisión sostenida del COVID-19 en los últimos 14 días?

5. ¿Está Ud. Embarazada?

6. ¿Tiene o tuvo Cáncer?

7. ¿Tiene Diabetes?

8. ¿Tiene enfermedad hepática?

9. ¿Tiene alguna enfermedad respiratoria?

10. ¿Tiene alguna enfermedad cardiológica?

11. Por su edad (60 años o más) Ud. es persona de riesgo

Me comprometo a informar al CDA y a las Autoridades Sanitarias cualquier cambio a las respuestas precedentes.-

Fecha, Firma y Aclaración