FORMULARIO DE EVALUACION DEL VISITANTE

FECHA _____

EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS, ¿HA TENIDO ALGUN SÍNTOMA DE COVID-19?

NOMBRE	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

SINTOMAS INCLUYE

TOS
DIFICULTAD PARA REPIRAR
FIEBRE
ESCALOFRIOS
DOLOR DE CABEZA
DOLO MUSCULAR
DOLOR DE GARGANTA
PERDIDA DE SABOR O OLFATO