



Uso Interno Club

Hora

Disciplina

Fecha _____

CUESTIONARIO DIARIO DE INGRESO COVID-19

El llenado de este cuestionario es personal y es de responsabilidad exclusiva de la persona que lo completa. Debe ser constestado diariamente y es requisito para poder ingresar al recinto deportivo asignado. Recuerde que, acorde a las autoridades sanitarias, de tener síntomas relacionados a COVID-19 o de haber tenido contacto estrecho no debe salir de su residencia.

Nombre Completo _____
Rut _____ Edad _____ años
Email _____ Celular _____

1.- ¿ Ha presentado alguno de los siguientes síntomas recientemente (últimas 24 horas)? (Marque con una X)
(Si usted tiene fiebre, o tiene dos o más síntomas de los descritos, no debe salir de su casa y avisar a su médico correspondiente)

- | | |
|--------------------------|--|
| <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 torácico |
| <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"/> | Sin síntomas |

2.- ¿ Ha tenido contacto estrecho con una persona confirmada con COVID-19? (Marque con una X)
(Si usted ha tenido contacto estrecho, no debe salir de su casa y avisar a la autoridad sanitaria)

- | | |
|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | SI |
| <input type="checkbox"/> | NO |