

CUESTIONARIO DE TAMIZAJE DE COVID_19

Basado en las guías del ministerio de salud.

- A. Este cuestionario se realiza con el objetivo de posibles casos sospechosos de Covid-19
- B. Permite detectar pacientes o acompañantes que puedan presentar un riesgo para la comunidad o el personal médico.
- C. Propende de una remisión oportuna a un centro médico asistencial para tratamiento en unidad médica o de urgencias.
- D. Sera enviado para su información en el momento de la asignación de la cita, donde usted deberá analizar las respuestas para confirmar su asistencia.
- E. Deberá ser reiterado y firmado el día de la consulta, en caso de llenar los requisitos necesarios.

Por favor lea las preguntas, analice sus respuestas
Y en caso de llenar los requisitos, confirme su cita por via WhatsApp al 3158227046

PREGUNTAS		SI	NO
1	Ha presentado tos en los últimos 15 días?		
2	Ha presentado fiebre en los últimos 15 días?		
3	Ha presentado cualquiera de los siguientes síntomas (gripa, dolor de garganta, flujo o congestión nasal, dificultad para respirar, dolores en el pecho, tos o expectoración)		
4	Ha estado con personas diagnosticadas con covid-19 en los últimos 15 días?		
5	Ha estado en contacto con personas con síntomas respiratorios en los últimos 15 días?		
6	Esta usted a cargo de personas mayores de 65 años, con síntomas respiratorios (gripa, dolor de garganta, flujo o congestión nasal, dificultad para respirar, dolores en el pecho, tos o expectoración)		
7	Ha notado dificultad para percibir o diferenciar olores en los últimos 15 días?		

ANALISIS O INTERPRETACION

- 1. Solo si tiene todas las respuestas negativas, puede asistir a consulta presencial o procedimientos médicos.
- 2. Si tiene cualquier respuesta positiva, debe asistir a su seguro médico o EPS para la realización de al menos una prueba rápida de COVID-19, e iniciar manejo médico.

Certifico que la información registrada en este formulario de Tamizaje de Covid-19 es veraz, entiendo la relevancia y compromiso que implica su autenticidad, y los riesgos que significa para la comunidad omitir datos de salud, aquí implícitos. Asumiendo esta responsabilidad, firmo en consecuencia y aprobación. Este formulario debe ser firmado únicamente en el momento de su consulta. NO es necesario enviarlo en el momento de la confirmación de su cita.

Firma _____

Nombre _____

Documento _____

Fecha _____