



Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____

Por favor, lea cuidadosamente las siguientes preguntas. Es muy importante para nosotros saber si puede Ud. tener Covid. Si usted no entiende alguna pregunta, ¡pídanos que le expliquemos! En el caso de contestar sí a alguna pregunta, por favor avise al investigador principal.

1. Yes No ¿Tiene Ud. COVID?
2. Yes No ¿Ha Ud. estado recientemente con alguien que tenga COVID?
3. Yes No ¿Tiene Ud. fiebre?
4. Yes No ¿Tiene Ud. escalofríos?
5. Yes No ¿Tiene Ud. sudores nocturnos?
6. Yes No ¿Tiene Ud. tos?
7. Yes No ¿Tiene Ud. dificultad para respirar?
8. Yes No ¿Tiene Ud. dolores musculares?
9. Yes No ¿Tiene Ud. dolor en las articulaciones?
10. Yes No ¿Le duele a Ud. la cabeza?
11. Yes No ¿Tiene Ud. diarrea?
12. Yes No ¿Le duelen a Ud. los ojos?
13. Yes No ¿Has notado un cambio en tu sentido del olfato?

Firma: _____ Fecha: _____