

SEROPREVALENCIA DE INFECCION SARS-COV2
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE POPAYAN - COLOMBIA

Anexo 10

¿Ha tenido o tiene alguno de los síntomas mencionados a continuación en el **último mes**?:

	Si	No	Número de días que tuvo el síntoma
Tos			
Dolor de garganta			
Fiebre cuantificada mayor a 38°C			
Secreción nasal (moco o flema)			
Malestar general			
Dolor de cabeza			
Disminución de percepción de olores y sabores			
Nauseas/vomito			
Diarrea			
Dificultad respiratoria			

Preguntas con respecto a sus contactos:

	Si	No
¿Ha tenido contacto estrecho (menor a 2 metros por 15 minutos sin los elementos de protección personal) con una persona con COVID-19 positivo?		
¿Ha tenido contacto estrecho (menor a 2 metros por 15 minutos sin los elementos de protección personal) con una persona con síntomas respiratorios y usted no sabe si tiene COVID-19 positivo?		
¿Le han realizado prueba de COVID-19 con muestra en nariz (aspirado nasofaríngeo) que ha salido positiva?		
¿Recuerda la fecha de la muestra de la nariz (aspirado nasofaríngeo)? Anote: día/mes/año		
¿Le han realizado prueba de COVID-19 en sangre que ha salido positiva?		
¿Recuerda la fecha de la muestra en sangre? Anote: día/mes/año		
¿Ha estado o está en aislamiento preventivo porque ha sido diagnosticado de COVID-19?		
¿Cuántos días duro el aislamiento preventivo?		
¿Ha tenido incapacidad temporal por caso asociado a COVID-19?		
¿Cuántos días duro la incapacidad temporal?		

Muchas gracias por su colaboración