

# ENCUESTA ESTADO DE SALUD USUARIOS

\* Indica que la pregunta es obligatoria

---

1. NOMBRES Y APELLIDOS \*

---

2. IDENTIFICACIÓN \*

---

3. NÚMERO DE TELÉFONO \*

---

4. ¿ HA PRESENTADO LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS EN LOS ÚLTIMOS 5 DÍAS? \*

*Selecciona todos los que correspondan.*

- ☐ Fiebre
- ☐ Tos
- ☐ Dificultad para respirar
- ☐ fatiga intensa
- ☐ Ninguna de las anteriores

5. ¿HA TENIDO CONTACTO CON PACIENTES COVID EN LOS ÚLTIMOS 5 DÍAS? \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Si
- ☐ No

6. ¿Se ha tomado alguna prueba covid en los últimos 5 días?

*Marca solo un óvalo.*

☐ si

☐ no

7. ¿Si se ha tomado prueba, cuál es el resultado?

*Marca solo un óvalo.*

☐ Positivo

☐ Negativo

☐ Esperando resultado

---

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios