# ANEXO C

**CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE COVID-19 PARA UNA PRUEBA DE LA FDNPE**

(*Nombre, fecha y lugar de la prueba*)

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA DE NACIMIENTO:  E-MAIL: | PAÍS: |  |  | TELÉFONO MÓVIL: |
| Sección 1 |  |  |  |  |
| Temperatura ≥ 99.5 °F/37,5 °C |  | SÍ | NO | - Temperatura real: |

Sección 2. ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Aparición repentina / reciente de tos (no relacionada con ninguna alergia o enfermedad pulmonar) | SÍ | NO |
| Congestión nasal repentina / reciente (no relacionada con una alergia o infección de los senos) | SÍ | NO |
| Aparición repentina / reciente de dolores de garganta | SÍ | NO |
| Aparición repentina / reciente de dificultades respiratorias (no relacionado con una enfermedad crónica) | SÍ | NO |
| Aparición repentina / reciente de diarrea | SÍ | NO |
| Aparición repentina / reciente de dolores abdominales | SÍ | NO |
| Aparición repentina / reciente de náuseas / vómitos | SÍ | NO |
| Aparición repentina / reciente de cansancio / malestares | SÍ | NO |
| Aparición repentina / reciente de pérdida del gusto / del olfato | SÍ | NO |

Sección 3. Exposición

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Está viviendo con alguien que esté en cuarentena? | SÍ | NO |
| ¿Ha estado en contacto con alguna persona positiva al COVID-19? | SÍ | NO |
| En su conocimiento, ¿ha estado con alguien actualmente que se haya sometido a la prueba del COVID-19 o que presente síntomas compatibles con el COVID-19? | SÍ | NO |
| ¿Usted ha sido probado(a) positivo(a) en la prueba del Covid-19? | SÍ | NO |

Firma del participante:

Fecha: