

FORMATO EVALUACION SARS-COV-2/ COVID-19

FESCC-01
VERSION-1
VIGENCIA-2020

NOMBRE		EDAD		SEXO	F		M		OTRO	
DIRECCION		CEL:		CIUDAD						

1. En los últimos (14) días usted ha presentado inicio súbito de los siguientes síntomas:

Dificultada para respirar	Si		No		Tos Seca	Si		No		Fiebre	Si		No	
---------------------------	----	--	----	--	----------	----	--	----	--	--------	----	--	----	--

2. Cuando se iniciaron los síntomas:

3. En su historial médico se encuentra registrado que sufre o ha sufrido de:

Hipertensión Arterial	Si		No		Enfermedades Pulmonares	Si		No	
Immunosupresión	Si		No		Enfermedades Hepáticas	Si		No	
Cardio Patias	Si		No		Enfermedad Renal	Si		No	
Diabetes	Si		No		Especifique				

4. A viajado o visitado zonas afectadas por el COVID-19 en los últimos quince (14) días:

Si No ¿Cuál?

5. Ha tenido contacto con algún caso conocido de COVID-19 durante los últimos quince (14) días:

Si No No lo se

6. Ha estado en la EPS Urgencias o has ingresado a algún hospital desde en los últimos (14) días:

Si No

7. Hace usted parte del personal de salud:

Si NO

8. Ha estado en contacto con pacientes COVID-19:

Si No

SIGNOS VITALES

TEMP.		Prueba De Olfato	Si		No		PSO2		F.C	
-------	--	------------------	----	--	----	--	------	--	-----	--

Yo _____ Identificado con DI: _____ Declaro que los datos consignados en este documento son verídicos. Autorizo de manera expresa al personal de salud de SAMU LTDA a que me evalúen mis signos vitales. Conozco los riesgos que corro al salir de mi casa, tener contacto con personas en la calle y en el escenario deportivo que voy a utilizar para mi entrenamiento.

D.I. _____ Firma. _____ Fecha. _____