

TAMIZAJE RESPIRATORIO Y DE FACTORES DE RIESGO

FECHA:.....

NOMBRE Y APELLIDO:

CI:

EDAD:

PREGUNTAS

¿USTED PRESENTA O PRESENTÓ ALGUNO DE ESTOS SINTOMAS EN LOS ULTIMOS 14 DÍAS?

FIEBRE	SI	NO
ESCALOFRIOS	SI	NO
TEMBLORES	SI	NO
DOLOR DE CUERPO	SI	NO
DIFICULTAD PARA RESPIRAR	SI	NO
DOLOR DE GARGANTA	SI	NO
DOLOR MUSCULAR	SI	NO
SECRECION O CONGESTION NASAL	SI	NO
TOS DE MENOS DE 15 DIAS	SI	NO
DOLOR DE CABEZA	SI	NO
PERDIDA SENSACION DEL GUSTO	SI	NO
PERDIDA SENSACION DEL OLFATO	SI	NO

TEMPERATURA:

¿USTED TIENE ALGUNO DE ESTOS FACTORES DE RIESGO ?

DIABETES	SI	NO
HIPERTENSIÓN	SI	NO
ENF.PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	SI	NO
TABAQUISMO	SI	NO
CARDIOPATIA	SI	NO
ASMA	SI	NO
OBESIDAD	SI	NO
EDAD MAYOR A 65 AÑOS	SI	NO
INMUNOSUPRESION	SI	NO

¿EN SU FAMILIA ALGUIEN TIENE ALGUNO DE ESTOS SINTOMAS O FACTORES DE RIESGO ?

SI

ESPECIFICAR:

NO