



## CUESTIONARIO DE SALUD COVID-19

Este es un cuestionario para conocer tu estado de salud actual con respecto a la enfermedad producida por el CORONAVIRUS COVID-19. Es fundamental y de acceso únicamente para los profesionales sanitarios.

Nombre:

Especialidad:

Prueba:

Categoría:

- ¿Has padecido COVID-19 u otra enfermedad durante el confinamiento?: sí/no  
¿Dónde y quién te ha atendido?  
Centro:  
Especialista:
- Durante este periodo de confinamiento, ¿has tenido alguno de los siguientes síntomas?  
FIEBRE: sí/no:  
TOS SECA: sí/no:  
DIFICULTAD RESPIRATORIA: sí/no:  
DOLOR DE CABEZA: sí/no:  
GASTROENTERITIS: sí/no:  
PÉRDIDA DE SABOR: sí/no:  
PÉRDIDA DE OLOR: sí/no:  
CANSANCIO GENERALIZADO: sí/no:  
DOLOR MUSCULAR MARCADO: sí/no:
- ¿Te han hecho algún Test de confirmación del Covid-19? sí/no  
¿Cuál?  
PCR: sí/no:  
Resultado:  
TEST DE ANTIGÉNICOS: sí/no:  
Resultado:  
TEST DE INMUNOGLOBULINAS: sí/no:  
Resultado:
- ¿Has necesitado asistencia médica a causa del Covid-19?  
TELEFÓNICA: sí/no:  
AMBULATORIA: sí/no:  
HOSPITALARIA: sí/no:  
UCI: sí/no:  
¿Qué tratamiento has recibido?



- ¿Alguna persona que conviva contigo ha padecido la enfermedad o alguno de los síntomas mencionados con anterioridad?: sí/no:  
En caso afirmativo, ¿hiciste cuarentena?: sí/no:
- ¿Te encuentras en estos momentos bien de salud? sí/no:  
En caso de que hayas marcado no, describe los síntomas que tienes:
- Formular/responder las siguientes preguntas haciendo referencia al momento actual y a los 14 días previos al momento en que se realizan las preguntas:  
Estado general: ¿Cómo te encuentras en general?  
Fiebre y/o escalofríos. Superior a 37,5°C y si reaparece: sí/no:  
Tos, expectoración (arrancas mucosidad), hemoptisis (sangre al toser) - seca, persisten- te, con esputo, con sangre: sí/no:  
Trabajo respiratorio o respiración acelerada. Desde cuándo, asociada o no al movimiento, de inicio brusco, si ha mejorado: sí/no

VALLES DEL  
NARCEA  
BIKERACE