

ANEXO 1 – CUESTIONARIO DIARIO DE INGRESO COVID-19

El llenado de este cuestionario es personal y es de responsabilidad exclusiva de la persona que lo completa. Debe ser contestado diariamente y es requisito para poder ingresar al recinto deportivo asignado. Recuerde que, acorde a las autoridades sanitarias, de tener síntomas relacionados a COVID-19 o de haber tenido contacto estrecho no debe salir de su residencia.

Nombre Completo: _____.

Fecha: ____/____/____.

RUT: _____.

1- ¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas recientemente (últimas 24 horas)? (si usted tiene fiebre, o tiene dos o más síntomas de los descritos, no debe salir de su casa y avisar a su médico correspondiente):

- ☐ Fiebre (temperatura corporal de 37,8 °C o más)
- ☐ Tos
- ☐ Disnea o dificultad respiratoria
- ☐ Dolor torácico
- ☐ Odinofagia o dolor de garganta al comer o tragar fluidos
- ☐ Mialgias o dolores musculares
- ☐ Calofríos
- ☐ Cefalea o dolor de cabeza
- ☐ Diarrea
- ☐ Pérdida brusca del olfato o anosmia
- ☐ Pérdida brusca del gusto o ageusia
- ☐ Congestión nasal
- ☐ Aumento de la frecuencia respiratoria
- ☐ Debilidad general o fatiga
- ☐ Anorexia o náuseas o vómitos
- ☐ Sin síntomas

2- ¿Ha tenido contacto estrecho con una persona confirmada con COVID-19? (si usted ha tenido contacto estrecho, no debe salir de su casa y avisar a la autoridad sanitaria)

- ☐ Si
- ☐ No

Firma