



## TEST AUTOEVALUACIÓN DE SINTOMAS COVID-19

CORRIENTES, de de 2020

***El presente cuestionario debe ser contestado de manera personal en puño y letra, con carácter de Declaración Jurada***

De acuerdo a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud Pública de la Nación a los que adhirió el Gobierno Provincial con el objetivo es detectar posibles **casos sospechosos de COVID - 19** para lo que solicitamos responder al siguiente cuestionario

- 1) Ha tenido algunos de estos síntomas en los últimos 14 días:

Síntomas	SI	NO
a. Fiebre (37,5°C o más)		
b. Tos seca		
c. Dificultad respiratoria o sensación de falta de aire		
d. Dolor de garganta al tragar		
e. Pérdida <b>BRUSCA</b> de olfato y/o gusto		
f. Conjuntivitis		
g. Cansancio		
h. Escalofríos		
i. Diarrea/ vómitos		
j. Dolor o presión en el pecho		
k. Incapacidad para hablar o moverse		
Otros (especificar)		

Observaciones: Marcar con X la respuesta en cada caso

- 2) Ha viajado o vive en algunos de los países provincias, localidades con circulación viral (Chaco: Gran Resistencia, Buenas Aires, Córdoba Capital, Localidades del interior de Corrientes (especificar lugar) .....en los últimos 14 DÍAS - SÍ ....(especificar localidad) ..... NO ....
- 3) Ud., algún miembro de la familia o personas con quien convive o frecuenta ha estado en contacto con personas con COVID -19 **HISOPADOS SI.....NO.....**; o con Aislamiento Preventivo definido por la autoridad de Salud en los últimos **14** días Si.....NO.....
- 4) Ha estado en contacto estrecho con personas con personas con síntomas respiratorios agudos en los últimos 14 días; SI ... NO...
- 5) Se encuentra dentro del grupo de población vulnerables y /o de riesgo Si....No....

***Subrayar la respuesta que corresponda***

Mayores 60 AÑOS, embarazadas

### **Grupos de Riesgos**

a)Personas con enfermedades respiratorias crónicas: hernia diafragmática, enfermedad pulmonar obstructivacrónica [EPOC], enfisema congénito, displasia broncopulmonar, traqueostomizados crónicos, bronquiectasias, fibrosis quística y asma moderado o severo. b).Personas con enfermedades cardíacas: insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, reemplazo valvular, valvulopatías y cardiopatías congénitas.-c) Personas diabéticas. d) .Personas con insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses. e) Personas con Inmunodeficiencias: Congénita, asplenia funcional o anatómica (incluida anemia drepanocítica) y desnutrición grave.VIH dependiendo del status (< de 350 CD4 o con carga viral detectable).f) Personas con medicación inmunosupresora o corticoides en altas dosis (mayor a 2 mg/kg/día de metilprednisonao más de 20 mg/día o su equivalente por más de 14 días).g) Pacientes oncológicos y trasplantados:con enfermedad oncohematológica hasta seis meses posteriores a la remisión completa con tumor de órgano sólido en tratamiento trasplantados de órganos sólidos o de precursores hematopoyéticos. h).Personas con certificado único de discapacidad. i) Personas con obesidad".

***En el caso de estar incluido dentro del grupo de riesgos, presentarán Certificado Médico homologado por la Junta Médica.***

Firma y aclaración

DNI N°

Teléfono: