

CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS

Fecha de aplicación (día/mes/año)

Alumno

días:

Sintoma	SI	NO
Fiebre		
Tos		
Dolor de: Cabeza / musc		
Dolor muscular y de arti		
Dolor o ardor de gargant		
Escalofríos		
Pérdida de olfato o gust		
Dolor en pecho		
Escurrimiento nasal		
Ojos rojos		

Caso sospechoso: Nombre del alumno (mayor de 18 años), padre, madre de familia o

SI

NO

Firma