

CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS																																			
Fecha de aplicación (día/mes/año)																																			
Trabajador																																			
En los últimos 10 días, ha tenido alguno de los siguientes																																			
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Síntoma</th> <th style="width: 15%;">SI</th> <th style="width: 15%;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Fiebre</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Tos</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dolor de: Cabeza / músculo</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dolor muscular y de articulación</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dolor o ardor de garganta</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Escalofríos</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Pérdida de olfato o gusto</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dolor en pecho</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Escurrimiento nasal</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ojos rojos</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			Síntoma	SI	NO	Fiebre			Tos			Dolor de: Cabeza / músculo			Dolor muscular y de articulación			Dolor o ardor de garganta			Escalofríos			Pérdida de olfato o gusto			Dolor en pecho			Escurrimiento nasal			Ojos rojos		
Síntoma	SI	NO																																	
Fiebre																																			
Tos																																			
Dolor de: Cabeza / músculo																																			
Dolor muscular y de articulación																																			
Dolor o ardor de garganta																																			
Escalofríos																																			
Pérdida de olfato o gusto																																			
Dolor en pecho																																			
Escurrimiento nasal																																			
Ojos rojos																																			
Caso sospechoso:	Responsable del filtro:																																		
SI																																			
NO		Firma																																	