

### 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): **MARQUE CON UNA X EN EL RECUADRO QUE CORRESPONDA.**

SÍNTOMAS	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
Sin síntomas							
<b>Fiebre (temperatura corporal de 37,8 °C o más)</b>							
<b>Pérdida brusca del olfato o anosmia</b>							
<b>Pérdida brusca del gusto o ageusia</b>							
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							
Congestión nasal							
Aumento de la frecuencia respiratoria							
Debilidad general o fatiga							
Anorexia o nauseas o vómitos							
¿Ha tenido contacto estrecho con una persona confirmada con COVID-19? (Si ha tenido contacto estrecho, no debe salir de su casa y avisar a la autoridad sanitaria)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

