



Cuestionario COVID 19

A ser completado por Solicitante al Seguro

Nombre del solicitante: _____

Agradeceremos responder a las siguientes preguntas y ampliar información si la respuesta es positiva.

S= Solicitante, C= Cónyuge, H1=Hijo 1, H2= Hijo 2, H3= Hijo 3, H4= Hijo 4

- | | | S | C | H1 | H2 | H3 | H4 |
|--|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Sufre(n) de alguna enfermedad cardiovascular o de los pulmones, o enfermedad pulmonar crónica obstructiva, diabetes, hipertensión arterial o ha tenido cáncer, o tiene(n) obesidad severa (IMC >40), o asma que requiera inhaladores, o está(n) inmunodeprimido(s) o recibe(n) tratamiento con inmunosupresores? | SI__NO __ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. ¿Ha(n) contraído la enfermedad COVID-19 causada por el virus SARS-Cov-2 o está(n) en aislamiento por sospecha de contagio por esta enfermedad? Indicar fechas. | SI__NO __ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. ¿Ha(n) experimentado en los últimos 14 días de manera repentina tos o dolor de garganta junto con fiebre? | SI__NO __ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. ¿Ha(n) tenido contacto con alguna persona que esté en cuarentena, aislamiento o haya sido diagnosticada con la enfermedad COVID-19? Indicar fecha. | SI__NO __ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. ¿Ha(n) requerido hospitalización para tratamiento de COVID-19? En caso afirmativo, detalle si estuvo en intensivo y si requirió el uso de ventilación mecánica u oxígeno, cuánto tiempo. Indicar Fecha de inicio y de recuperación completa. | SI__NO__ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. Si fue tratado en casa, indicar tipo de tratamiento y si requirió oxígeno. Indicar si hubo complicaciones adicionales y cuáles fueron. Fecha de inicio y recuperación completa. | SI __NO__ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. ¿Usted o sus dependientes solicitantes han completado el esquema de vacunación para el SARS-CoV2/COVID-19? Favor indicar la fecha (1era dosis y/o 2da dosis) y marca de vacuna que fue administrada. | SI__NO__ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. ¿Ha(n) experimentado efectos secundarios de la vacunación? Si afirmativa, de que tipo y cuál es su condición actual. | SI __NO __ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. ¿Tiene(n) planificado algún viaje a países de riesgo elevado? Indicar fechas y país. | SI__NO __ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Ampliación en caso de responder afirmativa alguna de las preguntas:

Fecha: _____

Firma del Solicitante