

CUESTIONARIO DE SALUD



SÍNTOMAS

1
¿Ha tenido fiebre $> 37'5$, dolor de cabeza intenso, pérdida de olfato, gusto u otros síntomas compatibles con el virus?

CONTACTO

2
¿Ha estado en contacto o ha convivido con algún caso positivo confirmado de COVID-19 en los últimos 21 días?



SI LAS RESPUESTAS A AMBAS PREGUNTAS SON "NO" PUEDE ACUDIR AL TRATAMIENTO CUMPLIENDO EL PROTOCOLO DE NORMAS PARA PACIENTES QUE LE ENVIAREMOS



SI, POR EL CONTRARIO, HA TENIDO DICHSOS SÍNTOMAS O HA ESTADO EN CONTACTO CON PERSONAS QUE HAN PADECIDO EL VIRUS NECESITAMOS TEST PCR - .

