



## CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS COVID-19.

El llenado de este cuestionario es personal y es de responsabilidad exclusiva de la persona que lo completa. Debe ser contestado obligatoriamente y es requisito para poder ingresar al evento deportivo. 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:
Rut:
Fecha:
Teléfono:

1. ¿Es usted caso activo de COVID-19?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
2. ¿Está en espera de resultados de PCR, ha estado en contacto con alguna persona en espera de resultados de PCR o persona confirmada con COVID-19?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ (Si usted ha tenido contacto estrecho, no debe salir de su casa y avisar a la autoridad sanitaria).
3. ¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas recientemente (últimas 24 horas)?  
Marque con una X (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):

- Fiebre (temperatura corporal de 37,8 °C o más)
- 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
- Pérdida brusca del olfato o anosmia
- Pérdida brusca del gusto o ageusia
- Sin síntomas

\_\_\_\_\_  
FIRMA

**Si contesto SI a cualquiera de las preguntas en este cuestionario. UD. NO DEBE INGRESAR AL RECINTO y debe dirigirse inmediatamente a la ambulancia o al Servicio de Salud más cercano.**