

### CUESTIONARIO DE RIESGO PARA COVID-19

Este cuestionario ayuda a identificar personas con riesgo de infección por COVID-19, que requieran esa valoración.

<b>Señale con una X, SI o NO a las siguientes preguntas:</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.	¿Ha tenido fiebre o temperatura mayor a 38°C en los últimos 3 días?		
2.	¿Ha tenido tos en los últimos días?		
3.	¿Le ha dolido el pecho recientemente?		
4.	¿Ha sentido dolor de garganta o ha tenido secreción nasal en los últimos días?		
5.	¿Le ha faltado el aire o ha tenido dificultad para respirar?		
6.	¿Se ha sentido últimamente más fatigado de lo usual?		
7.	¿Ha notado disminución del olfato o del sabor de los alimentos?		
8.	¿Ha presentado dolor abdominal, náuseas, vómito o diarrea últimamente?		
9.	¿Ha tenido dolores musculares o articulares recientemente?		
10.	¿Ha estado en contacto con alguien diagnosticado o sospechoso de COVID-19?		
11.	¿Tiene en este momento alguna otra razón física que le impida hacer ejercicio?		