



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 ___ | <input type="checkbox"/> |
| 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? | SI ___ NO ___ | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ha(n) experimentado en los últimos 14 días de manera repentina tos o dolor de garganta junto con fiebre? | SI ___ NO ___ | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha(n) tenido contacto con alguna persona que esté en cuarentena, aislamiento o haya sido diagnosticada con la enfermedad COVID-19? | SI ___ NO ___ | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene(n) planificado algún viaje a países de riesgo elevado? | SI ___ NO ___ | <input type="checkbox"/> |

Ampliación:

Fecha: _____

Firma del Solicitante