



CUESTIONARIO DIARIO DE INGRESO

Documento personal y de exclusiva responsabilidad de la persona que lo completa. Será contestado diariamente y es requisito para poder ingresar a Piscina Enki Osorno. De tener síntomas relacionados al COVID-19 o ser contacto estrecho no debe salir de su residencia.

Nombre Completo: _____

Teléfono: _____

Fecha: ___/___/___

RUT: _____

Temperatura: _____

1- ¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas recientemente (últimas 24 horas)?

- ___ 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

/	/	/	/	/	/
___	___	___	___	___	___
___	___	___	___	___	___
___	___	___	___	___	___
___	___	___	___	___	___
___	___	___	___	___	___
___	___	___	___	___	___
___	___	___	___	___	___
___	___	___	___	___	___
___	___	___	___	___	___
___	___	___	___	___	___
___	___	___	___	___	___
___	___	___	___	___	___

2- ¿Ha tenido contacto estrecho con una persona confirmada con COVID-19? (si usted ha tenido contacto estrecho, no debe salir de su casa y avisar a la autoridad sanitaria)

- ___ Si
- ___ No

/	/	/	/	/	/
___ si	___ si	___ si	___ si	___ si	___ si
___ no	___ no	___ no	___ no	___ no	___ no