**Cuestionario COVID-19**

*Nombre del conjunto*

¿Has viajado o has tenido contacto con alguien que haya viajada a alguna zona afectada por el COVID -19 en los últimos 14 días?

Si No

¿Has tenido contacto directo con algún paciente positivo de COVID-19 en los últimos 14 días?

Si No No sé

¿Has tenido contacto con alguien en observación por síntomas de COVID-19 en los últimos 14 días?

Si No No sé

¿En los últimos 7 días has tenido alguno de los siguientes síntomas?

Fiebre mayor a 38°C

**Fiebre en lectura de termómetr**o Tos

Dolor de cabeza Vómito Escalofríos Dolor abdominal

Dolor muscular

Dolor en las articulaciones Debilidad y malestar general Secreción nasal

Dolor de garganta al tragar alimentos Diarrea

Ninguno

¿Has tenido dificultad para respirar y/o dolor de pecho? (que no sea causado por alguna enfermedad crónica o previamente diagnosticada)

Si No

¿Has recibido tratamiento médico para tus síntomas?

Si\*, está funcionando Sí\*, pero no está funcionando No

\*Incluir comprobante médico del tratamiento y de diagnóstico negativo de COVID-19 Nombre completo:

ID:

Fecha:

“Declaro que mis respuestas son verdaderas y que en caso de presentar algún síntoma se informará de forma oportuna al Gerente de conjunto.

Autorizo expresamente el uso y tratamiento de mis Datos Personales de estado de salud conforme a lo previsto en el

Aviso de Privacidad para empleados Cinépolis®”.

X X

Nombre y firma del colaborador

Nombre y firma del colaborador que aplica ...

*El presente documento no debe ser interpretado como un diagnóstico.*