

Cuestionario sobre Exposición a COVID-19 (Coronavirus)

Nombre del Cliente Solicitante	Número de Documento

Por favor responda las siguientes preguntas con el mayor detalle posible:

1. ¿Usted está, o ha estado en contacto cercano con alguien que ha sido puesto en cuarentena o diagnosticado una infección por el nuevo coronavirus (SRAS-CoV-2/COVID-19)? En caso afirmativo, por favor detalle

   Si ☐ No ☐

   Fecha en la que tuvo el contacto: _____
   Lugar en el que tuvo el contacto: _____
   Otros detalles:
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____

2. ¿Ha sido puesto en cuarentena por una probable exposición al nuevo coronavirus (SRAS-Cov-2/COVID-19)? En caso afirmativo, por favor detalle:

   Si ☐ No ☐

   Fecha en la inicio el periodo de cuarentena:
   Lugar en el que estuvo en este periodo:

   Otros detalles:
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____

3. ¿Le han recomendado someterse a pruebas para confirmar o descartar un diagnóstico de Nuevo coronavirus (SRAS-CoV-2/COVID-19)? O, está en espera del resultado de una prueba que ha sido procesada en búsqueda del nuevo coronavirus (SRAS-CoV2/COVID-19)?

   Si ☐ No ☐



Fecha en la que se realizó las pruebas: _____
Fecha en la cual le entregaran los resultados: _____
Si ya recibió los resultados por favor indicar el resultado: _____

Otros detalles:

_____
_____
_____
_____
_____

4. ¿Ha resultado positivo en la prueba para el nuevo coronavirus (SRAS-CoV-2/COVID-19)? En caso afirmativo, indique la fecha del diagnóstico positivo.
   Si ☐ No ☐

   Fecha en la que se dio el diagnóstico positivo:
   Lugar del diagnóstico:

   Otros detalles:

   _____
   _____
   _____
   _____
   _____

5. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas dentro de los últimos 14 días?

Si ☐ No ☐

En caso afirmativo para alguno de éstos, indique cuál y detalle la información

- Cualquier fiebre ☐
- Tos ☐
- Dificultad para respirar Malestar general (cansancio gripal) ☐
- Rinorrea (descarga mucosa nasal) ☐
- Dolor de garganta ☐
- Síntomas gastrointestinales como nausea, vómito y/o diarrea ☐

Fecha desde la cual presenta los síntomas:

Detalles:



6. Declaración de Viajes

   a. Por favor indique si ha realizado viajes durante los últimos 15 días
      Si ☐ No ☐

      Si su respuesta es SI. Por favor indique su patrón de viajes realizados durante los últimos 15 días: Incluya viajes Nacionales e Internacionales:

PAÍS AL CUAL VIAJO	CIUDAD	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ARRIBO

   b. Por favor indique si tiene planes de viajes futuros en los próximos 30 días:
      Si ☐ No ☐

      Si su respuesta es SI. Diligencie el detalle en la información a continuación:

PAÍS	CIUDAD	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ARRIBO	DURACIÓN PLANEADA

7. ¿Actualmente se encuentra en buen estado de salud?
   Si ☐ No ☐

Declaración

Confirmo que las respuestas que he proporcionado, son de acuerdo a mi mejor conocimiento, verdaderas y que no he retenido información material que pudiera influir en la evaluación o aceptación de esta solicitud.

Estoy de acuerdo en que este documento formará parte de mi solicitud de seguro(s) y que la omisión de revelar cualquier hecho material conocido puede invalidar mi(s) seguro(s).



Firmado en _____ fecha _____ de 20___

_____

Firma del Solicitante