

**CUESTIONARIO DIARIO DE INGRESO COVID-19**

El llenado de este cuestionario es personal y es de responsabilidad exclusiva de la persona que lo completa. Debe ser contestado diariamente y es requisito para poder ingresar a este recinto deportivo. Recuerde que, acorde a las autoridades sanitarias, de tener síntomas relacionados a COVID-19 o de haber tenido contacto estrecho no debe salir de su residencia.

**Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**RUT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

1. ¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas recientemente (últimas 24 horas)? (si usted tiene fiebre, o tiene dos o más síntomas de los descritos, no debe salir de su casa y avisar a su médico correspondiente):
* Fiebre (temperatura corporal de 37,8 °C o más
* Tos
* Disnea o dificultad respiratoria
* Dolor toráxico
* 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
* Congestión nasal
* Aumento de la frecuencia respiratoria
* Debilidad general o fatiga
* Anorexia o nauseas o vómito
* **Sin síntomas**
1. ¿Ha tenido contacto estrecho con una persona confirmada con COVID-19? (si ha tenido contacto estrecho, no debe salir de su casa y debe avisar a la autoridad sanitaria)
* SI
* NO
1. ¿Cuenta con su permiso de desplazamiento o pase de movilidad vigente, acorde a lo establecido por el MINSAL?
* SI
* NO