



REGRESO SEGURO ICT

Cuestionario de aplicación diaria para la mitigación por COVID19 en visitante del Instituto Cultural Tampico

1. ¿Ha presentado alguno de los síntomas mayores asociados a COVID19 (fiebre, tos, dolor de cabeza, dificultad para respirar)?

SÍ _____ NO _____

2. ¿Ha presentado alguno de los síntomas menores asociados a COVID19 (congestión o escurrimiento nasal, dolor de garganta, fatiga, náusea o vómito, diarrea, pérdida de gusto u olfato, dolor muscular...)?

SÍ _____ NO _____

3. ¿Ha tomado algún medicamento para reducir la fiebre durante las últimas 24 horas?

SÍ _____ NO _____

¿Ha estado cerca de alguien que ha dado positivo a COVID19 en los últimos 5 días?

4. SÍ _____ NO _____

¿Ha realizado una prueba para detectar COVID19 y se encuentra en espera de resultados?

5. SÍ _____ NO _____

¿Ha dado positivo a una prueba para detectar COVID19 en los últimos 7 días?

6. SÍ _____ NO _____

Nombre completo y firma

Fecha: -----

