

CUESTIONARIO GENERAL DE APLICACIÓN EN FILTRO DE SUPERVISION EN INMUEBLES

(CENTROS DE TRABAJO)

NOMBRE (Apellidos/Nombre) _____

Estudiante _____ Trabajador _____ Visitante _____

FECHA (d/m/a) _____

Sintomatología

1. ¿En los últimos 7 días, ha tenido algún síntoma como?

a. Fiebre (igual o mayor a 38°) Si _____ No _____

b. Tos Si _____ No _____

c. Dolor de cabeza Si _____ No _____

d. Dolor de cuerpo o de articulaciones y cansancio general

Si _____ No _____

e. Ecurrimiento nasal Si _____ No _____

Este escurrimiento nasal es:

I. De escasa cantidad durante el día _____

II. Abundante cantidad la mayor parte del día _____

2. ¿Es Ud. alérgico al polvo u otras sustancias que le produzcan estornudo o tos?

Si _____ No _____ Desconozco _____

3. ¿Ha tenido contacto con alguna persona que ha sido afectada por influenza o alguna otra forma de gripe o neumonía? Si _____ No _____

4. ¿Viajó Usted fuera de Yucatán en los últimos 7 días? Si _____ No _____

En caso afirmativo, mencionar lugar y fechas.
