

## CUESTIONARIO DE SALUD RELACIONADO AL CORONAVIRUS COVID-19 DECLARACION JURADA

1. Nombre completo del Propuesto Asegurado		Cédula / Pasaporte	
2. Nacionalidad	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
3. Dirección			
4. ¿Durante los últimos 15 días ha estado usted en alguno de los países que han reportado casos del Coronavirus? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Indique cual(es)? _____			
¿Le hicieron control de salud al ingresar al país? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Otro país? Explique: _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

5. Si ha contestado que SI a una de las preguntas anteriores complete las preguntas 6 y 7. Si ha contestado que NO entonces proceda a la firma.

6. En los últimos 14 días, ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

a. ¿Fiebre de cualquier tipo? .....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. ¿Tos? .....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. ¿Dificultad para respirar? .....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d. ¿Malestar general (cansancio gripal)? .....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e. ¿Rinorrea (descarga mucosa nasal)? .....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
f. ¿Dolor de garganta? .....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
g. ¿Síntomas gastrointestinales como náusea, vómitos y/o diarrea? .....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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

7. a. ¿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 proporcione detalles?.....  Sí     No

b. ¿Ha sido puesto en cuarentena por una probable exposición al nuevo coronavirus (SRAS-Cov-2/COVID-19)? .....  Sí     No  
En caso afirmativo, por favor proporcione detalles, fechas y ubicación.

c. ¿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 ya sido procesada para determinación del nuevo coronavirus (SRAS-CoV2/COVID-19)? .....  Sí     No

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

8. Declaración de Viajes - a. Por favor indique los viajes que haya realizado en los últimos 15 días:

País	Ciudad	Fecha de arribo	Fecha de salida

b. Por favor indique sus planes de viajes futuros en los próximos 30 días:

País	Ciudad	Fecha de arribo	Fecha de salida

9. ¿Actualmente se encuentra en buen estado de salud? .....  Sí     No

10. Observaciones

### DECLARACIÓN Y FIRMAS

Confirmando que todas las respuestas están de acuerdo con mi mejor saber y entender.

Firma <b>X</b> _____	Nombre Impreso del Propuesto Asegurado	Fecha
Firma <b>X</b> _____	Nombre Impreso del Intermediario/Agente/Corredor/Asesor de Seguros	Fecha