Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

TAC-TIVA

CUESTIONARIO PREVENTIVO COVID 19

Nombre: Ysel fernanda suarez caro Cédula: 1010097438

Frente a la emergencia sanitaria que vive actualmente el país, por causa del Coronavirus COVID-19, en aras de prevenir y controlar a gran escala la propagación del virus en el territorio nacional y mitigar sus efectos, lo invita a realizar la siguiente encuesta, cuyo objeto es el de identificar condiciones propias de su salud y la de su círculo familiar:

1 Lugar donde está realizando Cuestionario?

Municipio Mistrató
Asociación_____

2- Por favor indique si en los últimos 14 días ha presentado algunas afectaciones a su salud tales como:

___ Congestión nasal
___ Dolor de garganta
___ Dolor de músculos
___ Escalofríos
___ Dificultad para respirar
___ Fatiga
___ Fiebre
___ Malestar general
___ Tos

3- ¿Cuándo iniciaron los síntomas? (dd/mm/aa):
____/____/____

4-¿Actualmente tiene los síntomas anteriormente seleccionados? Sí____ No X

5- ¿En los últimos 14 días ha estado en contacto con personas que tuvieran alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta? Sí____ No X
Lugar (trabajo, hogar, otro.) _____
Fecha de contacto: (dd/mm/aa): ____/____/____

6 ¿Pertenece algún grupo de riesgo, tales como:

___ Mayor de 60 años
___ Hipertensión
___ Diabetes
___ Cardiopatías
___ Patología pulmonar
___ Enfermedad renal crónica
___ Inmunosupresión
___ Patología hepática
___ Es fumador

7- ¿Ha visitado en los últimos 14 días otras ciudades?
Lugar Pereira.

8- ¿Ha tenido contacto con personas que hayan estado por fuera del país en los últimos 14 días? Sí____ No X
País del que viene la persona _____

9-¿Ha tenido contacto directo con una persona diagnosticada con COVID-19? Sí____ No X

10-¿Vive con personas menores de 14 años o mayores de 60 años? ¿Cuantos menores? 1 Parentesco 1
¿Cuántos mayores? ____ Parentesco _____

11-¿Nombre de personas con las que ha tenido contacto los últimos 10 días? fecha y lugar.
Jesus Gallego
Kimberly Gallego
Ysel caro

12- ¿Que temperatura tiene actualmente? 37

13- ¿conviven con personas que presten servicios de salud.?
Sí____ No X

Nota: En caso afirmativo de haber relacionado alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta, se le advierte que el mismo puede estar o no asociado a COVID-19, sin embargo, le recomendamos tener las siguientes precauciones:

- Usar tapabocas o mascarilla, teniendo en cuenta que se deben cambiar diariamente.
- Lavado frecuente de manos, mínimo cada tres horas.
- Evite saludar de beso, de mano o dar abrazos.
- Al toser o estornudar use el pliegue del codo.
- Estar a dos o más metros de distancia en caso de convivir con más personas.
- Evitar el contacto con adultos mayores.

14. -¿Está vacunado? si___ no X primera dosis__ segunda dosis___

Yo Ysel fernanda suarez caro identificado con cédula de ciudadanía 1010097438 autorizo el tratamiento de estos datos para efectos de identificación y atención oportuna de la emergencia sanitaria relacionada con el Coronavirus Covid-19.

Firma: Ysel caro

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013. SI X. NO __

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

TAC-TIVA

CUESTIONARIO PREVENTIVO COVID 19

Nombre: María Luz Sanchez Cédula: 30239265

Frente a la emergencia sanitaria que vive actualmente el país, por causa del Coronavirus COVID-19, en aras de prevenir y controlar a gran escala la propagación del virus en el territorio nacional y mitigar sus efectos, lo invita a realizar la siguiente encuesta, cuyo objeto es el de identificar condiciones propias de su salud y la de su círculo familiar:

1 Lugar donde está realizando Cuestionario?

Municipio Mistrato
Asociación _____

2- Por favor indique si en los últimos 14 días ha presentado algunas afectaciones a su salud tales como:

___ Congestión nasal
___ Dolor de garganta
___ Dolor de músculos
___ Escalofríos
___ Dificultad para respirar
___ Fatiga
___ Fiebre
___ Malestar general
___ Tos

3- ¿Cuándo iniciaron los síntomas? (dd/mm/aa):
___/___/___

4-¿Actualmente tiene los síntomas anteriormente seleccionados? Sí ___ No ___

5- ¿En los últimos 14 días ha estado en contacto con personas que tuvieran alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta? Sí ___ No ___
Lugar (trabajo, hogar, otro.) _____
Fecha de contacto: (dd/mm/aa): ___/___/___

6 ¿Pertenece algún grupo de riesgo, tales como:

___ Mayor de 60 años
___ Hipertensión
___ Diabetes
___ Cardiopatías
___ Patología pulmonar
___ Enfermedad renal crónica
___ Inmunosupresión
___ Patología hepática
___ Es fumador

7- ¿Ha visitado en los últimos 14 días otras ciudades?
Lugar NO

8- ¿Ha tenido contacto con personas que hayan estado por fuera del país en los últimos 14 días? Sí ___ No X
País del que viene la persona _____

9-¿Ha tenido contacto directo con una persona diagnosticada con COVID-19? Sí ___ No X

10-¿Vive con personas menores de 14 años o mayores de 60 años? ¿Cuantos menores? 3 Parentesco hijos
¿Cuántos mayores? ___ Parentesco _____

11-¿Nombre de personas con las que ha tenido contacto los últimos 10 días? fecha y lugar.
Familia.
Karen
Mateo
Sebastian
Felipe.
hijos.

12- ¿Que temperatura tiene actualmente? _____

13- ¿conviven con personas que presten servicios de salud.?
Sí ___ No X

Nota: En caso afirmativo de haber relacionado alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta, se le advierte que el mismo puede estar o no asociado a COVID-19, sin embargo, le recomendamos tener las siguientes precauciones:

- Usar tapabocas o mascarilla, teniendo en cuenta que se deben cambiar diariamente.
- Lavado frecuente de manos, mínimo cada tres horas.
- Evite saludar de beso, de mano o dar abrazos.
- Al toser o estornudar use el pliegue del codo.
- Estar a dos o más metros de distancia en caso de convivir con más personas.
- Evitar el contacto con adultos mayores.

14. -¿Está vacunado? si___ no X primera dosis___ segunda dosis___

Yo María Luz Sanchez T identificado con cédula de ciudadanía 30.239265 autorizo el tratamiento de estos datos para efectos de identificación y atención oportuna de la emergencia sanitaria relacionada con el Coronavirus Covid-19.

Firma: [signature]

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013. SI X. NO ___

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

TAC-TIVA

CUESTIONARIO PREVENTIVO COVID 19

Nombre: Luisa Fernanda Hurtado Cédula: 24815974

Frente a la emergencia sanitaria que vive actualmente el país, por causa del Coronavirus COVID-19, en aras de prevenir y controlar a gran escala la propagación del virus en el territorio nacional y mitigar sus efectos, lo invita a realizar la siguiente encuesta, cuyo objeto es el de identificar condiciones propias de su salud y la de su círculo familiar:

1 Lugar donde está realizando Cuestionario?

Municipio Mistrato
Asociación _____

2- Por favor indique si en los últimos 14 días ha presentado algunas afectaciones a su salud tales como:

___ Congestión nasal
___ Dolor de garganta
___ Dolor de músculos
___ Escalofríos
___ Dificultad para respirar
___ Fatiga
___ Fiebre
___ Malestar general
___ Tos

3- ¿Cuándo iniciaron los síntomas? (dd/mm/aa):
___/___/___

4-¿Actualmente tiene los síntomas anteriormente seleccionados? Sí ___ No X

5- ¿En los últimos 14 días ha estado en contacto con personas que tuvieran alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta? Sí ___ No X
Lugar (trabajo, hogar, otro.) _____
Fecha de contacto: (dd/mm/aa): ___/___/___

6 ¿Pertenece algún grupo de riesgo, tales como:

___ Mayor de 60 años
___ Hipertensión
___ Diabetes
___ Cardiopatías
___ Patología pulmonar
___ Enfermedad renal crónica
___ Inmunosupresión
___ Patología hepática
___ Es fumador

7- ¿Ha visitado en los últimos 14 días otras ciudades? NO
Lugar _____

8- ¿Ha tenido contacto con personas que hayan estado por fuera del país en los últimos 14 días? Sí ___ No X
País del que viene la persona _____

9-¿Ha tenido contacto directo con una persona diagnosticada con COVID-19? Sí ___ No X

10-¿Vive con personas menores de 14 años o mayores de 60 años? Si ¿Cuantos menores? 3 Parentesco hija, primo
¿Cuántos mayores? 1 Parentesco abuela.

11-¿Nombre de personas con las que ha tenido contacto los últimos 10 días? fecha y lugar.

Mi familia.
Mercedes abuela
Nelly Tia.
Miguel hermano
Dulce María. hija

12- ¿Que temperatura tiene actualmente? _____

13- ¿conviven con personas que presten servicios de salud.?
Sí ___ No X

Nota: En caso afirmativo de haber relacionado alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta, se le advierte que el mismo puede estar o no asociado a COVID-19, sin embargo, le recomendamos tener las siguientes precauciones:

- Usar tapabocas o mascarilla, teniendo en cuenta que se deben cambiar diariamente.
- Lavado frecuente de manos, mínimo cada tres horas.
- Evite saludar de beso, de mano o dar abrazos.
- Al toser o estornudar use el pliegue del codo.
- Estar a dos o más metros de distancia en caso de convivir con más personas.
- Evitar el contacto con adultos mayores.

14. -¿Está vacunado? si___ no X primera dosis___ segunda dosis___

Yo Luisa Fda Hurtado identificado con cédula de ciudadanía 24815974. autorizo el tratamiento de estos datos para efectos de identificación y atención oportuna de la emergencia sanitaria relacionada con el Coronavirus Covid-19.

Firma: Luisa Hurtado

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013. SI X. NO ___

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

TAC-TIVA

CUESTIONARIO PREVENTIVO COVID 19

Nombre: Blancanubia marulanda c. Cédula: 24790285

Frente a la emergencia sanitaria que vive actualmente el país, por causa del Coronavirus COVID-19, en aras de prevenir y controlar a gran escala la propagación del virus en el territorio nacional y mitigar sus efectos, lo invita a realizar la siguiente encuesta, cuyo objeto es el de identificar condiciones propias de su salud y la de su círculo familiar:

1 Lugar donde está realizando Cuestionario?

Municipio mistrato
Asociación_____

2- Por favor indique si en los últimos 14 días ha presentado algunas afectaciones a su salud tales como:

___ Congestión nasal
___ Dolor de garganta
___ Dolor de músculos
___ Escalofríos
___ Dificultad para respirar
___ Fatiga
___ Fiebre
___ Malestar general
___ Tos

3- ¿Cuándo iniciaron los síntomas? (dd/mm/aa):
____/____/_____

4-¿Actualmente tiene los síntomas anteriormente seleccionados? Sí____ No X

5- ¿En los últimos 14 días ha estado en contacto con personas que tuvieran alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta? Sí____ No X
Lugar (trabajo, hogar, otro.) _____
Fecha de contacto: (dd/mm/aa): ____/____/_____

6 ¿Pertenece algún grupo de riesgo, tales como:

___ Mayor de 60 años
___ Hipertensión
___ Diabetes
___ Cardiopatías
___ Patología pulmonar
___ Enfermedad renal crónica
___ Inmunosupresión
___ Patología hepática
___ Es fumador

7- ¿Ha visitado en los últimos 14 días otras ciudades?
Lugar NO

8- ¿Ha tenido contacto con personas que hayan estado por fuera del país en los últimos 14 días? Sí____ No X
País del que viene la persona _____

9-¿Ha tenido contacto directo con una persona diagnosticada con COVID-19? Sí____ No X

10-¿Vive con personas menores de 14 años o mayores de 60 años? ¿Cuantos menores? ___ Parentesco_____
¿Cuántos mayores? ____ Parentesco _____

11-¿Nombre de personas con las que ha tenido contacto los últimos 10 días? fecha y lugar.

familia.
Fernelly Hurtado
Juan Jose Hurtado
Juan Felipe Hurtado

12- ¿Que temperatura tiene actualmente? _____

13- ¿conviven con personas que presten servicios de salud.?
Sí X No _____

Nota: En caso afirmativo de haber relacionado alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta, se le advierte que el mismo puede estar o no asociado a COVID-19, sin embargo, le recomendamos tener las siguientes precauciones:

- Usar tapabocas o mascarilla, teniendo en cuenta que se deben cambiar diariamente.
- Lavado frecuente de manos, mínimo cada tres horas.
- Evite saludar de beso, de mano o dar abrazos.
- Al toser o estornudar use el pliegue del codo.
- Estar a dos o más metros de distancia en caso de convivir con más personas.
- Evitar el contacto con adultos mayores.

14. -¿Está vacunado? si___ no X primera dosis___ segunda dosis___

Yo Blancanubia marulanda c. identificado con cédula de ciudadanía 24790285 autorizo el tratamiento de estos datos para efectos de identificación y atención oportuna de la emergencia sanitaria relacionada con el Coronavirus Covid-19.

Firma: _____

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013. SI X. NO ___

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

TAC-TIVA

CUESTIONARIO PREVENTIVO COVID 19

Nombre: Claudia Milena Cruz Giron Cédula: 24687364

Frente a la emergencia sanitaria que vive actualmente el país, por causa del Coronavirus COVID-19, en aras de prevenir y controlar a gran escala la propagación del virus en el territorio nacional y mitigar sus efectos, lo invita a realizar la siguiente encuesta, cuyo objeto es el de identificar condiciones propias de su salud y la de su círculo familiar:

1 Lugar donde está realizando Cuestionario?

Municipio Mistrato
Asociación_____

2- Por favor indique si en los últimos 14 días ha presentado algunas afectaciones a su salud tales como:

___ Congestión nasal
___ Dolor de garganta
___ Dolor de músculos
___ Escalofríos
___ Dificultad para respirar
___ Fatiga
___ Fiebre
___ Malestar general
___ Tos

3- ¿Cuándo iniciaron los síntomas? (dd/mm/aa):
____/____/_____

4-¿Actualmente tiene los síntomas anteriormente seleccionados? Sí____ No_____

5- ¿En los últimos 14 días ha estado en contacto con personas que tuvieran alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta? Sí____ No_____
Lugar (trabajo, hogar, otro.) _____
Fecha de contacto: (dd/mm/aa): ____/____/_____

6 ¿Pertenece algún grupo de riesgo, tales como:

___ Mayor de 60 años
___ Hipertensión
___ Diabetes
___ Cardiopatías
___ Patología pulmonar
___ Enfermedad renal crónica
___ Inmunosupresión
___ Patología hepática
___ Es fumador

7- ¿Ha visitado en los últimos 14 días otras ciudades?
Lugar No

8- ¿Ha tenido contacto con personas que hayan estado por fuera del país en los últimos 14 días? Sí____ No_____
País del que viene la persona _____

9-¿Ha tenido contacto directo con una persona diagnosticada con COVID-19? Sí____ No X

10-¿Vive con personas menores de 14 años o mayores de 60 años? ¿Cuantos menores? ___ Parentesco_____
¿Cuántos mayores? 1 Parentesco Hija.

11-¿Nombre de personas con las que ha tenido contacto los últimos 10 días? fecha y lugar.

Marleny Giron - Mamá - Casa Mayo 27
Dario Oberto - Velino - Casa Mayo 26
Marina Rivera - Vecina - Casa Mayo 2
Manuel Corchuelo - Abogado - Belén Mayo 2
Ana Cruz - Hermana - Casa Mayo 24
Helena Ramirez - Vecina - Tienda. Mayo 2
Luz Maria - Amiga - Mistrato Mayo 16
Cecilia Piedrahita Amiga - Mistrato Mayo 1
Silvio Cruz - Tio - Casa Mayo 1
Juliana Urbano - Sobrina - Casa Mayo 26

12- ¿Que temperatura tiene actualmente? _____

13- ¿conviven con personas que presten servicios de salud.?
Sí____ No X

Nota: En caso afirmativo de haber relacionado alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta, se le advierte que el mismo puede estar o no asociado a COVID-19, sin embargo, le recomendamos tener las siguientes precauciones:

- Usar tapabocas o mascarilla, teniendo en cuenta que se deben cambiar diariamente.
- Lavado frecuente de manos, mínimo cada tres horas.
- Evite saludar de beso, de mano o dar abrazos.
- Al toser o estornudar use el pliegue del codo.
- Estar a dos o más metros de distancia en caso de convivir con más personas.
- Evitar el contacto con adultos mayores.

14. -¿Está vacunado? si___ no X primera dosis___ segunda dosis___

Yo Claudia Milena Cruz Giron identificado con cédula de ciudadanía 24687364 autorizo el tratamiento de estos datos para efectos de identificación y atención oportuna de la emergencia sanitaria relacionada con el Coronavirus Covid-19.

Firma: Claudia

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013. SI X. NO ___

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

TAC-TIVA

CUESTIONARIO PREVENTIVO COVID 19

Nombre: Yinet Daiana Gaviria Muñoz Cédula: 1092914523

Frente a la emergencia sanitaria que vive actualmente el país, por causa del Coronavirus COVID-19, en aras de prevenir y controlar a gran escala la propagación del virus en el territorio nacional y mitigar sus efectos, lo invita a realizar la siguiente encuesta, cuyo objeto es el de identificar condiciones propias de su salud y la de su círculo familiar:

1 Lugar donde está realizando Cuestionario?

Municipio Mistrató
Asociación _____

2- Por favor indique si en los últimos 14 días ha presentado algunas afectaciones a su salud tales como:

- X Congestión nasal
- ___ Dolor de garganta
- ___ Dolor de músculos
- ___ Escalofríos
- ___ Dificultad para respirar
- ___ Fatiga
- ___ Fiebre
- ___ Malestar general
- ___ Tos

3- ¿Cuándo iniciaron los síntomas? (dd/mm/aa):
1 / 05 / 2021

4-¿Actualmente tiene los síntomas anteriormente seleccionados? Sí ___ No X

5- ¿En los últimos 14 días ha estado en contacto con personas que tuvieran alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta? Sí ___ No X
Lugar (trabajo, hogar, otro.) _____
Fecha de contacto: (dd/mm/aa): ___ / ___ / ___

6 ¿Pertenece algún grupo de riesgo, tales como:

- ___ Mayor de 60 años
- ___ Hipertensión
- ___ Diabetes
- ___ Cardiopatías
- ___ Patología pulmonar
- ___ Enfermedad renal crónica
- ___ Inmunosupresión
- ___ Patología hepática
- ___ Es fumador

7- ¿Ha visitado en los últimos 14 días otras ciudades?
Lugar NO

8- ¿Ha tenido contacto con personas que hayan estado por fuera del país en los últimos 14 días? Sí ___ No X
País del que viene la persona _____

9-¿Ha tenido contacto directo con una persona diagnosticada con COVID-19? Sí ___ No X

10-¿Vive con personas menores de 14 años o mayores de 60 años? ¿Cuantos menores? 01 Parentesco hija
¿Cuántos mayores? ___ Parentesco _____

11-¿Nombre de personas con las que ha tenido contacto los últimos 10 días? fecha y lugar.
Mariana Mejia Gaviria
Andres Mejia Rodriguez
Abelardo Gaviria
Miriam Muñoz
Valentina Gaviria
Esteban Gaviria
26-05-2021 lugar: casa.

12- ¿Que temperatura tiene actualmente? _____

13- ¿conviven con personas que presten servicios de salud.?
Sí ___ No X

Nota: En caso afirmativo de haber relacionado alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta, se le advierte que el mismo puede estar o no asociado a COVID-19, sin embargo, le recomendamos tener las siguientes precauciones:

- Usar tapabocas o mascarilla, teniendo en cuenta que se deben cambiar diariamente.
- Lavado frecuente de manos, mínimo cada tres horas.
- Evite saludar de beso, de mano o dar abrazos.
- Al toser o estornudar use el pliegue del codo.
- Estar a dos o más metros de distancia en caso de convivir con más personas.
- Evitar el contacto con adultos mayores.

14. -¿Está vacunado? si___ no X primera dosis___ segunda dosis___

Yo Yinet Daiana Gaviria Muñoz identificado con cédula de ciudadanía 1092914523 autorizo el tratamiento de estos datos para efectos de identificación y atención oportuna de la emergencia sanitaria relacionada con el Coronavirus Covid-19.

Firma: Daiana Gaviria Muñoz.

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013. SI X. NO ___

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

TAC-TIVA

CUESTIONARIO PREVENTIVO COVID 19

Nombre: Paola Andrea Velez M Cédula: 24791737

Frente a la emergencia sanitaria que vive actualmente el país, por causa del Coronavirus COVID-19, en aras de prevenir y controlar a gran escala la propagación del virus en el territorio nacional y mitigar sus efectos, lo invita a realizar la siguiente encuesta, cuyo objeto es el de identificar condiciones propias de su salud y la de su círculo familiar:

1 Lugar donde está realizando Cuestionario?

Municipio Mistrató
Asociación_____

2- Por favor indique si en los últimos 14 días ha presentado algunas afectaciones a su salud tales como:

___ Congestión nasal
___ Dolor de garganta
___ Dolor de músculos
___ Escalofríos
___ Dificultad para respirar
___ Fatiga
___ Fiebre
___ Malestar general
___ Tos

3- ¿Cuándo iniciaron los síntomas? (dd/mm/aa):
___/___/___

4-¿Actualmente tiene los síntomas anteriormente seleccionados? Sí___ No___

5- ¿En los últimos 14 días ha estado en contacto con personas que tuvieran alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta? Sí___ No X
Lugar (trabajo, hogar, otro.) _____
Fecha de contacto: (dd/mm/aa): ___/___/___

6 ¿Pertenece algún grupo de riesgo, tales como:

___ Mayor de 60 años
___ Hipertensión
___ Diabetes
___ Cardiopatías
___ Patología pulmonar
___ Enfermedad renal crónica
___ Inmunosupresión
___ Patología hepática
___ Es fumador

7- ¿Ha visitado en los últimos 14 días otras ciudades?
Lugar NO

8- ¿Ha tenido contacto con personas que hayan estado por fuera del país en los últimos 14 días? Sí___ No X
País del que viene la persona _____

9-¿Ha tenido contacto directo con una persona diagnosticada con COVID-19? Sí___ No X

10-¿Vive con personas menores de 14 años o mayores de 60 años? ¿Cuantos menores? 3 Parentesco Hijos
¿Cuántos mayores? ___ Parentesco _____

11-¿Nombre de personas con las que ha tenido contacto los últimos 10 días? fecha y lugar.
Oscar Grajales
Alexander Grajales
Erika Grajales
Angie Grajales
Betty Montoso
Fredy Grajales
26-05-2021 Lugar Casa

12- ¿Que temperatura tiene actualmente? _____

13- ¿conviven con personas que presten servicios de salud.?
Sí___ No X

Nota: En caso afirmativo de haber relacionado alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta, se le advierte que el mismo puede estar o no asociado a COVID-19, sin embargo, le recomendamos tener las siguientes precauciones:

- Usar tapabocas o mascarilla, teniendo en cuenta que se deben cambiar diariamente.
- Lavado frecuente de manos, mínimo cada tres horas.
- Evite saludar de beso, de mano o dar abrazos.
- Al toser o estornudar use el pliegue del codo.
- Estar a dos o más metros de distancia en caso de convivir con más personas.
- Evitar el contacto con adultos mayores.

14. -¿Está vacunado? si___ no X primera dosis___ segunda dosis___

Yo Paola Andrea Velez identificado con cédula de ciudadanía 24791737 autorizo el tratamiento de estos datos para efectos de identificación y atención oportuna de la emergencia sanitaria relacionada con el Coronavirus Covid-19.

Firma: Andrea Velez M

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013. SI X NO ___

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

TAC-TIVA

CUESTIONARIO PREVENTIVO COVID 19

Nombre: Leidi viviana suárez caro Cédula: 1.092910292

Frente a la emergencia sanitaria que vive actualmente el país, por causa del Coronavirus COVID-19, en aras de prevenir y controlar a gran escala la propagación del virus en el territorio nacional y mitigar sus efectos, lo invita a realizar la siguiente encuesta, cuyo objeto es el de identificar condiciones propias de su salud y la de su círculo familiar:

1 Lugar donde está realizando Cuestionario?

Municipio Mistrato
Asociación _____

2- Por favor indique si en los últimos 14 días ha presentado algunas afectaciones a su salud tales como:

___ Congestión nasal
___ Dolor de garganta
___ Dolor de músculos
___ Escalofríos
___ Dificultad para respirar
___ Fatiga
___ Fiebre
___ Malestar general
___ Tos

3- ¿Cuándo iniciaron los síntomas? (dd/mm/aa):
___/___/___

4-¿Actualmente tiene los síntomas anteriormente seleccionados? Sí ___ No X

5- ¿En los últimos 14 días ha estado en contacto con personas que tuvieran alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta? Sí ___ No X
Lugar (trabajo, hogar, otro.) NO
Fecha de contacto: (dd/mm/aa): ___/___/___

6 ¿Pertenece algún grupo de riesgo, tales como:

___ Mayor de 60 años
___ Hipertensión
___ Diabetes
___ Cardiopatías
___ Patología pulmonar
___ Enfermedad renal crónica
___ Inmunosupresión
___ Patología hepática
___ Es fumador

7- ¿Ha visitado en los últimos 14 días otras ciudades?
Lugar NO

8- ¿Ha tenido contacto con personas que hayan estado por fuera del país en los últimos 14 días? Sí ___ No X
País del que viene la persona _____

9-¿Ha tenido contacto directo con una persona diagnosticada con COVID-19? Sí ___ No X

10-¿Vive con personas menores de 14 años o mayores de 60 años? ¿Cuantos menores? 3 Parentesco hijos
¿Cuántos mayores? 1 Parentesco _____

11-¿Nombre de personas con las que ha tenido contacto los últimos 10 días? fecha y lugar.
Estefania Muñoz Suárez 16 años
victor manuel osorio suárez 7 años
Laura valentina osorio suárez 9 años

12- ¿Que temperatura tiene actualmente? _____

13- ¿conviven con personas que presten servicios de salud.?
Sí ___ No X

Nota: En caso afirmativo de haber relacionado alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta, se le advierte que el mismo puede estar o no asociado a COVID-19, sin embargo, le recomendamos tener las siguientes precauciones:

- Usar tapabocas o mascarilla, teniendo en cuenta que se deben cambiar diariamente.
- Lavado frecuente de manos, mínimo cada tres horas.
- Evite saludar de beso, de mano o dar abrazos.
- Al toser o estornudar use el pliegue del codo.
- Estar a dos o más metros de distancia en caso de convivir con más personas.
- Evitar el contacto con adultos mayores.

14. -¿Está vacunado? si___ no X primera dosis___ segunda dosis___

Yo Leidi viviana suárez caro identificado con cédula de ciudadanía 1.092910292 autorizo el tratamiento de estos datos para efectos de identificación y atención oportuna de la emergencia sanitaria relacionada con el Coronavirus Covid-19.

Firma: Leidi viviana suárez caro

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013. SI X. NO ___

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

TAC-TIVA

CUESTIONARIO PREVENTIVO COVID 19

Nombre: Ly Estella Tenjo J. Cédula: 42089371

Frente a la emergencia sanitaria que vive actualmente el país, por causa del Coronavirus COVID-19, en aras de prevenir y controlar a gran escala la propagación del virus en el territorio nacional y mitigar sus efectos, lo invita a realizar la siguiente encuesta, cuyo objeto es el de identificar condiciones propias de su salud y la de su círculo familiar:

1 Lugar donde está realizando Cuestionario?

Municipio Mistrató
Asociación_____

2- Por favor indique si en los últimos 14 días ha presentado algunas afectaciones a su salud tales como:

___ Congestión nasal
___ Dolor de garganta
___ Dolor de músculos
___ Escalofríos
___ Dificultad para respirar
___ Fatiga
___ Fiebre
___ Malestar general
___ Tos

3- ¿Cuándo iniciaron los síntomas? (dd/mm/aa):
____/____/____

4-¿Actualmente tiene los síntomas anteriormente seleccionados? Sí ____ No ____

5- ¿En los últimos 14 días ha estado en contacto con personas que tuvieran alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta? Sí ____ No X
Lugar (trabajo, hogar, otro.) _____
Fecha de contacto: (dd/mm/aa): ____/____/____

6 ¿Pertenece algún grupo de riesgo, tales como:

___ Mayor de 60 años
___ Hipertensión
___ Diabetes
___ Cardiopatías
___ Patología pulmonar
___ Enfermedad renal crónica
___ Inmunosupresión
___ Patología hepática
___ Es fumador

7- ¿Ha visitado en los últimos 14 días otras ciudades?
Lugar _____

8- ¿Ha tenido contacto con personas que hayan estado por fuera del país en los últimos 14 días? Sí ____ No ____
País del que viene la persona N/A

9-¿Ha tenido contacto directo con una persona diagnosticada con COVID-19? Sí ____ No X

10-¿Vive con personas menores de 14 años o mayores de 60 años? ¿Cuantos menores? 1 Parentesco mama
¿Cuántos mayores? ____ Parentesco _____

11-¿Nombre de personas con las que ha tenido contacto los últimos 10 días? fecha y lugar.
con mis hijos

12- ¿Que temperatura tiene actualmente? _____

13- ¿conviven con personas que presten servicios de salud.?
Sí ____ No X

Nota: En caso afirmativo de haber relacionado alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta, se le advierte que el mismo puede estar o no asociado a COVID-19, sin embargo, le recomendamos tener las siguientes precauciones:

- Usar tapabocas o mascarilla, teniendo en cuenta que se deben cambiar diariamente.
- Lavado frecuente de manos, mínimo cada tres horas.
- Evite saludar de beso, de mano o dar abrazos.
- Al toser o estornudar use el pliegue del codo.
- Estar a dos o más metros de distancia en caso de convivir con más personas.
- Evitar el contacto con adultos mayores.

14. -¿Está vacunado? si___ no X primera dosis___ segunda dosis___

Yo Ly Estella Tenjo J. identificado con cédula de ciudadanía 42089371 autorizo el tratamiento de estos datos para efectos de identificación y atención oportuna de la emergencia sanitaria relacionada con el Coronavirus Covid-19.

Firma: Ly Estella Tenjo J.

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013. SI X. NO __

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

TAC-TIVA

CUESTIONARIO PREVENTIVO COVID 19

Nombre: Enid Soramy Mesa Marin Cédula: 1076036998.

Frente a la emergencia sanitaria que vive actualmente el país, por causa del Coronavirus COVID-19, en aras de prevenir y controlar a gran escala la propagación del virus en el territorio nacional y mitigar sus efectos, lo invita a realizar la siguiente encuesta, cuyo objeto es el de identificar condiciones propias de su salud y la de su círculo familiar:

1 Lugar donde está realizando Cuestionario?

Municipio Mistrato Rda.
Asociación_____

2- Por favor indique si en los últimos 14 días ha presentado algunas afectaciones a su salud tales como:

- X Congestión nasal
- ___ Dolor de garganta
- ___ Dolor de músculos
- ___ Escalofríos
- ___ Dificultad para respirar
- ___ Fatiga
- ___ Fiebre
- X Malestar general
- X Tos

3- ¿Cuándo iniciaron los síntomas? (dd/mm/aa):
23 / 05 / 2021

4-¿Actualmente tiene los síntomas anteriormente seleccionados? Sí X No ____

5- ¿En los últimos 14 días ha estado en contacto con personas que tuvieran alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta? Sí ____ No X
Lugar (trabajo, hogar, otro.) _____
Fecha de contacto: (dd/mm/aa): ____/____/____

6 ¿Pertenece algún grupo de riesgo, tales como:

- ___ Mayor de 60 años
- ___ Hipertensión
- ___ Diabetes
- ___ Cardiopatías
- ___ Patología pulmonar
- ___ Enfermedad renal crónica
- ___ Inmunosupresión
- ___ Patología hepática
- X Es fumador

7- ¿Ha visitado en los últimos 14 días otras ciudades?
Lugar _____

8- ¿Ha tenido contacto con personas que hayan estado por fuera del país en los últimos 14 días? Sí ____ No X
País del que viene la persona _____

9-¿Ha tenido contacto directo con una persona diagnosticada con COVID-19? Sí ____ No X

10-¿Vive con personas menores de 14 años o mayores de 60 años? ¿Cuantos menores? 2 Parentesco hijos
¿Cuántos mayores? ____ Parentesco _____

11-¿Nombre de personas con las que ha tenido contacto los últimos 10 días? fecha y lugar.
María Isabel Mesa
Kleyer Andres Mesa
Yeison
Jhon Faber
Eliana Ramirez.
Soraya Ramirez.
Beatriz.
Andres
Mariano
En casa y trabajo.

12- ¿Que temperatura tiene actualmente? _____

13- ¿conviven con personas que presten servicios de salud.?
Sí ____ No X

Nota: En caso afirmativo de haber relacionado alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta, se le advierte que el mismo puede estar o no asociado a COVID-19, sin embargo, le recomendamos tener las siguientes precauciones:

- Usar tapabocas o mascarilla, teniendo en cuenta que se deben cambiar diariamente.
- Lavado frecuente de manos, mínimo cada tres horas.
- Evite saludar de beso, de mano o dar abrazos.
- Al toser o estornudar use el pliegue del codo.
- Estar a dos o más metros de distancia en caso de convivir con más personas.
- Evitar el contacto con adultos mayores.

14. -¿Está vacunado? si___ no X primera dosis__ segunda dosis___

Yo Enid Soramy MM. identificado con cédula de ciudadanía 1076036998. autorizo el tratamiento de estos datos para efectos de identificación y atención oportuna de la emergencia sanitaria relacionada con el Coronavirus Covid-19.

Firma: Enid Soramy Mesa Marin.

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013. SI X. NO ___

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

TAC-TIVA

CUESTIONARIO PREVENTIVO COVID 19

Nombre: Bianca Mirian MEJIA Cédula: 24790752

Frente a la emergencia sanitaria que vive actualmente el país, por causa del Coronavirus COVID-19, en aras de prevenir y controlar a gran escala la propagación del virus en el territorio nacional y mitigar sus efectos, lo invita a realizar la siguiente encuesta, cuyo objeto es el de identificar condiciones propias de su salud y la de su círculo familiar:

1 Lugar donde está realizando Cuestionario?

Municipio Mistrato
Asociación _____

2- Por favor indique si en los últimos 14 días ha presentado algunas afectaciones a su salud tales como:

___ Congestión nasal
___ Dolor de garganta
___ Dolor de músculos
___ Escalofríos
___ Dificultad para respirar
___ Fatiga
___ Fiebre
___ Malestar general
___ Tos

3- ¿Cuándo iniciaron los síntomas? (dd/mm/aa):
____/____/____

4-¿Actualmente tiene los síntomas anteriormente seleccionados? Sí ____ No ____

5- ¿En los últimos 14 días ha estado en contacto con personas que tuvieran alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta? Sí ____ No X
Lugar (trabajo, hogar, otro.) _____
Fecha de contacto: (dd/mm/aa): ____/____/____

6 ¿Pertenece algún grupo de riesgo, tales como:

___ Mayor de 60 años
___ Hipertensión
___ Diabetes
___ Cardiopatías
___ Patología pulmonar
___ Enfermedad renal crónica
___ Inmunosupresión
___ Patología hepática
___ Es fumador

7- ¿Ha visitado en los últimos 14 días otras ciudades?
Lugar no

8- ¿Ha tenido contacto con personas que hayan estado por fuera del país en los últimos 14 días? Sí ____ No X
País del que viene la persona _____

9-¿Ha tenido contacto directo con una persona diagnosticada con COVID-19? Sí ____ No X

10-¿Vive con personas menores de 14 años o mayores de 60 años? ¿Cuantos menores? ___ Parentesco _____
¿Cuántos mayores? 1 Parentesco _____

11-¿Nombre de personas con las que ha tenido contacto los últimos 10 días? fecha y lugar.
Jhon Alejandro de los Rios
Milleiany Mejia

12- ¿Que temperatura tiene actualmente? _____

13- ¿conviven con personas que presten servicios de salud.?
Sí ____ No X

Nota: En caso afirmativo de haber relacionado alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta, se le advierte que el mismo puede estar o no asociado a COVID-19, sin embargo, le recomendamos tener las siguientes precauciones:

- Usar tapabocas o mascarilla, teniendo en cuenta que se deben cambiar diariamente.
- Lavado frecuente de manos, mínimo cada tres horas.
- Evite saludar de beso, de mano o dar abrazos.
- Al toser o estornudar use el pliegue del codo.
- Estar a dos o más metros de distancia en caso de convivir con más personas.
- Evitar el contacto con adultos mayores.

14. -¿Está vacunado? si___ no X primera dosis___ segunda dosis___

Yo Bianca Mirian MEJIA identificado con cédula de ciudadanía 24790752 autorizo el tratamiento de estos datos para efectos de identificación y atención oportuna de la emergencia sanitaria relacionada con el Coronavirus Covid-19.

Firma: Bianca Mirian MEJIA

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013. SI X. NO ___

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

TAC-TIVA

CUESTIONARIO PREVENTIVO COVID 19

Nombre: Eidi Lorena Mesa Cédula: 24512599

Frente a la emergencia sanitaria que vive actualmente el país, por causa del Coronavirus COVID-19, en aras de prevenir y controlar a gran escala la propagación del virus en el territorio nacional y mitigar sus efectos, lo invita a realizar la siguiente encuesta, cuyo objeto es el de identificar condiciones propias de su salud y la de su círculo familiar:

1 Lugar donde está realizando Cuestionario?

Municipio X
Asociación _____

2- Por favor indique si en los últimos 14 días ha presentado algunas afectaciones a su salud tales como:

___ Congestión nasal
___ Dolor de garganta
___ Dolor de músculos
___ Escalofríos
___ Dificultad para respirar
___ Fatiga
___ Fiebre
___ Malestar general
___ Tos

3- ¿Cuándo iniciaron los síntomas? (dd/mm/aa):
___/___/___

4-¿Actualmente tiene los síntomas anteriormente seleccionados? Sí ___ No ___

5- ¿En los últimos 14 días ha estado en contacto con personas que tuvieran alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta? Sí ___ No X
Lugar (trabajo, hogar, otro.) _____
Fecha de contacto: (dd/mm/aa): ___/___/___

6 ¿Pertenece algún grupo de riesgo, tales como:

___ Mayor de 60 años
___ Hipertensión
___ Diabetes
___ Cardiopatías
___ Patología pulmonar
___ Enfermedad renal crónica
___ Inmunosupresión
___ Patología hepática
___ Es fumador

7- ¿Ha visitado en los últimos 14 días otras ciudades?
Lugar NO

8- ¿Ha tenido contacto con personas que hayan estado por fuera del país en los últimos 14 días? Sí ___ No X
País del que viene la persona _____

9-¿Ha tenido contacto directo con una persona diagnosticada con COVID-19? Sí ___ No X

10-¿Vive con personas menores de 14 años o mayores de 60 años? ¿Cuantos menores? 1 Parentesco hijo
¿Cuántos mayores? 3 Parentesco Mamá, papá, abuela

11-¿Nombre de personas con las que ha tenido contacto los últimos 10 días? fecha y lugar.
Humberto Mesa
Luz Mava Zuluaga
Sluen Diaz
Judit Cavuyal
27-05-2021

12- ¿Que temperatura tiene actualmente? _____

13- ¿conviven con personas que presten servicios de salud.?
Sí ___ No X

Nota: En caso afirmativo de haber relacionado alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta, se le advierte que el mismo puede estar o no asociado a COVID-19, sin embargo, le recomendamos tener las siguientes precauciones:

- Usar tapabocas o mascarilla, teniendo en cuenta que se deben cambiar diariamente.
- Lavado frecuente de manos, mínimo cada tres horas.
- Evite saludar de beso, de mano o dar abrazos.
- Al toser o estornudar use el pliegue del codo.
- Estar a dos o más metros de distancia en caso de convivir con más personas.
- Evitar el contacto con adultos mayores.

14. -¿Está vacunado? si___ no X primera dosis___ segunda dosis___

Yo Eidi Lorena Mesa identificado con cédula de ciudadanía 24512599 autorizo el tratamiento de estos datos para efectos de identificación y atención oportuna de la emergencia sanitaria relacionada con el Coronavirus Covid-19.

Firma: _____

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013. SI X. NO ___

Gobernación de RISARALDA
Santimiento de Todos

TAC-TIVA

CUESTIONARIO PREVENTIVO COVID 19

Nombre: Mirxam Martinez Cédula: 1.110450615

Frente a la emergencia sanitaria que vive actualmente el país, por causa del Coronavirus COVID-19, en aras de prevenir y controlar a gran escala la propagación del virus en el territorio nacional y mitigar sus efectos, lo invita a realizar la siguiente encuesta, cuyo objeto es el de identificar condiciones propias de su salud y la de su círculo familiar:

1 Lugar donde está realizando Cuestionario?

Municipio Mistrato
Asociación_____

2- Por favor indique si en los últimos 14 días ha presentado algunas afectaciones a su salud tales como:

___ Congestión nasal
___ Dolor de garganta
___ Dolor de músculos
___ Escalofríos
___ Dificultad para respirar
___ Fatiga
___ Fiebre
___ Malestar general
___ Tos

3- ¿Cuándo iniciaron los síntomas? (dd/mm/aa):
____/____/_____

4-¿Actualmente tiene los síntomas anteriormente seleccionados? Sí____ No_____

5- ¿En los últimos 14 días ha estado en contacto con personas que tuvieran alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta? Sí____ No X
Lugar (trabajo, hogar, otro.) _____
Fecha de contacto: (dd/mm/aa): ____/____/_____

6 ¿Pertenece algún grupo de riesgo, tales como:

___ Mayor de 60 años
___ Hipertensión
___ Diabetes
___ Cardiopatías
___ Patología pulmonar
___ Enfermedad renal crónica
___ Inmunosupresión
___ Patología hepática
___ Es fumador

7- ¿Ha visitado en los últimos 14 días otras ciudades?
Lugar _____

8- ¿Ha tenido contacto con personas que hayan estado por fuera del país en los últimos 14 días? Sí X No _____
País del que viene la persona España

9-¿Ha tenido contacto directo con una persona diagnosticada con COVID-19? Sí____ No X

10-¿Vive con personas menores de 14 años o mayores de 60 años? ¿Cuantos menores? 3 Parentesco hijos
¿Cuántos mayores? ____ Parentesco _____

11-¿Nombre de personas con las que ha tenido contacto los últimos 10 días? fecha y lugar.

Valery Sofia Valencia
Mariana Valencia
Cesar Valencia
Juan Andres Murillo

12- ¿Que temperatura tiene actualmente? _____

13- ¿conviven con personas que presten servicios de salud.?
Sí____ No x

Nota: En caso afirmativo de haber relacionado alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta, se le advierte que el mismo puede estar o no asociado a COVID-19, sin embargo, le recomendamos tener las siguientes precauciones:

- Usar tapabocas o mascarilla, teniendo en cuenta que se deben cambiar diariamente.
- Lavado frecuente de manos, mínimo cada tres horas.
- Evite saludar de beso, de mano o dar abrazos.
- Al toser o estornudar use el pliegue del codo.
- Estar a dos o más metros de distancia en caso de convivir con más personas.
- Evitar el contacto con adultos mayores.

14. -¿Está vacunado? si___ no X primera dosis__ segunda dosis___

Yo Mirxam Martinez identificado con cédula de ciudadanía 1.110450615 autorizo el tratamiento de estos datos para efectos de identificación y atención oportuna de la emergencia sanitaria relacionada con el Coronavirus Covid-19.

Firma: Mirxam Martinez

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013. SI X. NO __

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

TAC-TIVA

CUESTIONARIO PREVENTIVO COVID 19

Nombre: MARISOL CASTAÑO Cédula: 7004793063

Frente a la emergencia sanitaria que vive actualmente el país, por causa del Coronavirus COVID-19, en aras de prevenir y controlar a gran escala la propagación del virus en el territorio nacional y mitigar sus efectos, lo invita a realizar la siguiente encuesta, cuyo objeto es el de identificar condiciones propias de su salud y la de su círculo familiar:

1 Lugar donde está realizando Cuestionario?

Municipio Mistrato
Asociación_____

2- Por favor indique si en los últimos 14 días ha presentado algunas afectaciones a su salud tales como:

___ Congestión nasal
___ Dolor de garganta
___ Dolor de músculos
___ Escalofríos
___ Dificultad para respirar
___ Fatiga
___ Fiebre
___ Malestar general
___ Tos

3- ¿Cuándo iniciaron los síntomas? (dd/mm/aa):
____/____/____

4-¿Actualmente tiene los síntomas anteriormente seleccionados? Sí ____ No X

5- ¿En los últimos 14 días ha estado en contacto con personas que tuvieran alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta? Sí ____ No X
Lugar (trabajo, hogar, otro.) _____
Fecha de contacto: (dd/mm/aa): ____/____/____

6 ¿Pertenece algún grupo de riesgo, tales como:

___ Mayor de 60 años
___ Hipertensión
___ Diabetes
___ Cardiopatías
___ Patología pulmonar
___ Enfermedad renal crónica
___ Inmunosupresión
___ Patología hepática
___ Es fumador

7- ¿Ha visitado en los últimos 14 días otras ciudades?
Lugar _____

8- ¿Ha tenido contacto con personas que hayan estado por fuera del país en los últimos 14 días? Sí ____ No X
País del que viene la persona _____

9-¿Ha tenido contacto directo con una persona diagnosticada con COVID-19? Sí ____ No X

10-¿Vive con personas menores de 14 años o mayores de 60 años? ¿Cuantos menores? ___ Parentesco_____
¿Cuántos mayores? 3 Parentesco Hijos

11-¿Nombre de personas con las que ha tenido contacto los últimos 10 días? fecha y lugar.
Tatiana Vargas, Sara Michel Vargas, Maialen Vargas Francisco Antonio Vargas.
En casa

12- ¿Que temperatura tiene actualmente? _____

13- ¿conviven con personas que presten servicios de salud.?
Sí ____ No ____

Nota: En caso afirmativo de haber relacionado alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta, se le advierte que el mismo puede estar o no asociado a COVID-19, sin embargo, le recomendamos tener las siguientes precauciones:

- Usar tapabocas o mascarilla, teniendo en cuenta que se deben cambiar diariamente.
- Lavado frecuente de manos, mínimo cada tres horas.
- Evite saludar de beso, de mano o dar abrazos.
- Al toser o estornudar use el pliegue del codo.
- Estar a dos o más metros de distancia en caso de convivir con más personas.
- Evitar el contacto con adultos mayores.

14. -¿Está vacunado? si___ no X primera dosis__ segunda dosis___

Yo MARISOL CASTAÑO identificado con cédula de ciudadanía 7004793063 autorizo el tratamiento de estos datos para efectos de identificación y atención oportuna de la emergencia sanitaria relacionada con el Coronavirus Covid-19.

Firma: MARISOL CASTAÑO

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013. SI X. NO __

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

TAC-TIVA

CUESTIONARIO PREVENTIVO COVID 19

Nombre: Zareth Valentina Castrillon Cédula: 1092976677

Frente a la emergencia sanitaria que vive actualmente el país, por causa del Coronavirus COVID-19, en aras de prevenir y controlar a gran escala la propagación del virus en el territorio nacional y mitigar sus efectos, lo invita a realizar la siguiente encuesta, cuyo objeto es el de identificar condiciones propias de su salud y la de su círculo familiar:

1 Lugar donde está realizando Cuestionario?

Municipio Mistrato
Asociación _____

2- Por favor indique si en los últimos 14 días ha presentado algunas afectaciones a su salud tales como:

___ Congestión nasal
___ Dolor de garganta
___ Dolor de músculos
___ Escalofríos
___ Dificultad para respirar
___ Fatiga
___ Fiebre
___ Malestar general
___ Tos

3- ¿Cuándo iniciaron los síntomas? (dd/mm/aa):
____/____/____

4-¿Actualmente tiene los síntomas anteriormente seleccionados? Sí ____ No X

5- ¿En los últimos 14 días ha estado en contacto con personas que tuvieran alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta? Sí ____ No X
Lugar (trabajo, hogar, otro.) _____
Fecha de contacto: (dd/mm/aa): ____/____/____

6 ¿Pertenece algún grupo de riesgo, tales como:

___ Mayor de 60 años
___ Hipertensión
___ Diabetes
___ Cardiopatías
___ Patología pulmonar
___ Enfermedad renal crónica
___ Inmunosupresión
___ Patología hepática
___ Es fumador

7- ¿Ha visitado en los últimos 14 días otras ciudades?
Lugar _____

8- ¿Ha tenido contacto con personas que hayan estado por fuera del país en los últimos 14 días? Sí ____ No X
País del que viene la persona _____

9-¿Ha tenido contacto directo con una persona diagnosticada con COVID-19? Sí ____ No X

10-¿Vive con personas menores de 14 años o mayores de 60 años? ¿Cuantos menores? 3 Parentesco Hermano, hijos
¿Cuántos mayores? 2 Parentesco mama, tia

11-¿Nombre de personas con las que ha tenido contacto los últimos 10 días? fecha y lugar.

Claudia grajales - Mampay - 17-05
Yerson Sanchez - Mampay - 17-05
Liz novelia Cano - Mampay - 15-05
Toño carvajal - Mampay - 15-05
Offy grajales - Mampay - 20-05
Maria Jose carvajal - Mampay - 20-05
hugo carvajal - Mampay - 20-05
Sebastian Sanchez - may - 25-05
Emmanuel castrillon - mampay - 25 05

12- ¿Que temperatura tiene actualmente? _____

13- ¿conviven con personas que presten servicios de salud.?
Sí ____ No X

Nota: En caso afirmativo de haber relacionado alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta, se le advierte que el mismo puede estar o no asociado a COVID-19, sin embargo, le recomendamos tener las siguientes precauciones:

- Usar tapabocas o mascarilla, teniendo en cuenta que se deben cambiar diariamente.
- Lavado frecuente de manos, mínimo cada tres horas.
- Evite saludar de beso, de mano o dar abrazos.
- Al toser o estornudar use el pliegue del codo.
- Estar a dos o más metros de distancia en caso de convivir con más personas.
- Evitar el contacto con adultos mayores.

14. -¿Está vacunado? si___ no X primera dosis___ segunda dosis___

Yo Zareth Castrillon identificado con cédula de ciudadanía 1092976677 autorizo el tratamiento de estos datos para efectos de identificación y atención oportuna de la emergencia sanitaria relacionada con el Coronavirus Covid-19.

Firma: Zareth Castrillon.

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013. SI X. NO ___

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

TAC-TIVA

CUESTIONARIO PREVENTIVO COVID 19

Nombre Luz Yasmin Mesa Zuloaga. Cédula: 24512351

Frente a la emergencia sanitaria que vive actualmente el país, por causa del Coronavirus COVID-19, en aras de prevenir y controlar a gran escala la propagación del virus en el territorio nacional y mitigar sus efectos, lo invita a realizar la siguiente encuesta, cuyo objeto es el de identificar condiciones propias de su salud y la de su círculo familiar:

1 Lugar donde está realizando Cuestionario?

Municipio Mistrato
Asociación_____

2- Por favor indique si en los últimos 14 días ha presentado algunas afectaciones a su salud tales como:

___ Congestión nasal
___ Dolor de garganta
___ Dolor de músculos
___ Escalofríos
___ Dificultad para respirar
___ Fatiga
___ Fiebre
___ Malestar general
___ Tos

3- ¿Cuándo iniciaron los síntomas? (dd/mm/aa):
___/___/___

4-¿Actualmente tiene los síntomas anteriormente seleccionados? Sí___ No X

5- ¿En los últimos 14 días ha estado en contacto con personas que tuvieran alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta? Sí___ No___
Lugar (trabajo, hogar, otro.) _____
Fecha de contacto: (dd/mm/aa): ___/___/___

6 ¿Pertenece algún grupo de riesgo, tales como:

___ Mayor de 60 años
___ Hipertensión
___ Diabetes
___ Cardiopatías
___ Patología pulmonar
___ Enfermedad renal crónica
___ Inmunosupresión
___ Patología hepática
___ Es fumador

7- ¿Ha visitado en los últimos 14 días otras ciudades?
Lugar NO

8- ¿Ha tenido contacto con personas que hayan estado por fuera del país en los últimos 14 días? Sí___ No X
País del que viene la persona _____

9-¿Ha tenido contacto directo con una persona diagnosticada con COVID-19? Sí___ No X

10-¿Vive con personas menores de 14 años o mayores de 60 años? ¿Cuantos menores? ___ Parentesco_____
¿Cuántos mayores? X Parentesco Padre, Madre, Abuelo

11-¿Nombre de personas con las que ha tenido contacto los últimos 10 días? fecha y lugar.
Juan Camilo Restrepo Ocampo
Juliana Acevedo Mesa.
Humberto de Jesus Mesa.
Luz Maria Zuloaga
Ana Judit Corvajal.
Lorena Mesa.
Stiven diaz Mesa.
27-05-2021

12- ¿Que temperatura tiene actualmente? _____

13- ¿conviven con personas que presten servicios de salud.?
Sí___ No X

Nota: En caso afirmativo de haber relacionado alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta, se le advierte que el mismo puede estar o no asociado a COVID-19, sin embargo, le recomendamos tener las siguientes precauciones:

- Usar tapabocas o mascarilla, teniendo en cuenta que se deben cambiar diariamente.
- Lavado frecuente de manos, mínimo cada tres horas.
- Evite saludar de beso, de mano o dar abrazos.
- Al toser o estornudar use el pliegue del codo.
- Estar a dos o más metros de distancia en caso de convivir con más personas.
- Evitar el contacto con adultos mayores.

14. -¿Está vacunado? si___ no X primera dosis___ segunda dosis___

Yo Luz Yasmin Mesa Zuloaga identificado con cédula de ciudadanía 24512351 autorizo el tratamiento de estos datos para efectos de identificación y atención oportuna de la emergencia sanitaria relacionada con el Coronavirus Covid-19.

Firma: Luz Yasmin Mesa Zuloaga

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013. SI X NO ___

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

TAC-TIVA

CUESTIONARIO PREVENTIVO COVID 19

Nombre: Amalia Guasirucama Cédula: 24791686

Frente a la emergencia sanitaria que vive actualmente el país, por causa del Coronavirus COVID-19, en aras de prevenir y controlar a gran escala la propagación del virus en el territorio nacional y mitigar sus efectos, lo invita a realizar la siguiente encuesta, cuyo objeto es el de identificar condiciones propias de su salud y la de su círculo familiar:

1 Lugar donde está realizando Cuestionario?

Municipio Mistrato
Asociación _____

2- Por favor indique si en los últimos 14 días ha presentado algunas afectaciones a su salud tales como:

___ Congestión nasal
___ Dolor de garganta
___ Dolor de músculos
___ Escalofríos
___ Dificultad para respirar
___ Fatiga
___ Fiebre
___ Malestar general
___ Tos

3- ¿Cuándo iniciaron los síntomas? (dd/mm/aa):
____/____/____

4-¿Actualmente tiene los síntomas anteriormente seleccionados? Sí____ No____

5- ¿En los últimos 14 días ha estado en contacto con personas que tuvieran alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta? Sí____ No X
Lugar (trabajo, hogar, otro.) _____
Fecha de contacto: (dd/mm/aa): ____/____/____

6 ¿Pertenece algún grupo de riesgo, tales como:

___ Mayor de 60 años
___ Hipertensión
___ Diabetes
___ Cardiopatías
___ Patología pulmonar
___ Enfermedad renal crónica
___ Inmunosupresión
___ Patología hepática
___ Es fumador

7- ¿Ha visitado en los últimos 14 días otras ciudades?
Lugar _____

8- ¿Ha tenido contacto con personas que hayan estado por fuera del país en los últimos 14 días? Sí____ No X
País del que viene la persona _____

9-¿Ha tenido contacto directo con una persona diagnosticada con COVID-19? Sí____ No X

10-¿Vive con personas menores de 14 años o mayores de 60 años? ¿Cuantos menores? 1 Parentesco hijo
¿Cuántos mayores? ____ Parentesco _____

11-¿Nombre de personas con las que ha tenido contacto los últimos 10 días? fecha y lugar.

Rodolfo Ruiz 27-05-021 hogar
Edwin Ruiz 27-05-021 hogar
Nelson Ruiz 27-05-021 hogar
Carolina Ramiyo 27-05-021 hogar
Fadia Guasirucama 27-05-021 hogar
Elme Guasirucama 27-05-021 hogar

12- ¿Que temperatura tiene actualmente? _____

13- ¿conviven con personas que presten servicios de salud.?
Sí____ No X

Nota: En caso afirmativo de haber relacionado alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta, se le advierte que el mismo puede estar o no asociado a COVID-19, sin embargo, le recomendamos tener las siguientes precauciones:

- Usar tapabocas o mascarilla, teniendo en cuenta que se deben cambiar diariamente.
- Lavado frecuente de manos, mínimo cada tres horas.
- Evite saludar de beso, de mano o dar abrazos.
- Al toser o estornudar use el pliegue del codo.
- Estar a dos o más metros de distancia en caso de convivir con más personas.
- Evitar el contacto con adultos mayores.

14. -¿Está vacunado? si___ no X primera dosis___ segunda dosis___

Yo _____ identificado con cédula de ciudadanía _____ autorizo el tratamiento de estos datos para efectos de identificación y atención oportuna de la emergencia sanitaria relacionada con el Coronavirus Covid-19.

Firma: Amalia Guasirucama

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013. SI X. NO ___

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

TAC-TIVA

CUESTIONARIO PREVENTIVO COVID 19

Nombre: Liliana Margori Jaramillo Cédula: 24791620

Frente a la emergencia sanitaria que vive actualmente el país, por causa del Coronavirus COVID-19, en aras de prevenir y controlar a gran escala la propagación del virus en el territorio nacional y mitigar sus efectos, lo invita a realizar la siguiente encuesta, cuyo objeto es el de identificar condiciones propias de su salud y la de su círculo familiar:

1 Lugar donde está realizando Cuestionario?

Municipio Mistrato
Asociación_____

2- Por favor indique si en los últimos 14 días ha presentado algunas afectaciones a su salud tales como:

___ Congestión nasal
___ Dolor de garganta
___ Dolor de músculos
___ Escalofríos
___ Dificultad para respirar
___ Fatiga
___ Fiebre
___ Malestar general
___ Tos

3- ¿Cuándo iniciaron los síntomas? (dd/mm/aa):
___/___/___

4-¿Actualmente tiene los síntomas anteriormente seleccionados? Sí___ No X

5- ¿En los últimos 14 días ha estado en contacto con personas que tuvieran alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta? Sí___ No___
Lugar (trabajo, hogar, otro.) _____
Fecha de contacto: (dd/mm/aa): ___/___/___

6 ¿Pertenece algún grupo de riesgo, tales como:

___ Mayor de 60 años
___ Hipertensión
___ Diabetes
___ Cardiopatías
___ Patología pulmonar
___ Enfermedad renal crónica
___ Inmunosupresión
___ Patología hepática
___ Es fumador

7- ¿Ha visitado en los últimos 14 días otras ciudades?
Lugar Caramanta Antioquia

8- ¿Ha tenido contacto con personas que hayan estado por fuera del país en los últimos 14 días? Sí___ No X
País del que viene la persona _____

9-¿Ha tenido contacto directo con una persona diagnosticada con COVID-19? Sí___ No X

10-¿Vive con personas menores de 14 años o mayores de 60 años? ¿Cuantos menores? X Parentesco_____
¿Cuántos mayores? ___ Parentesco hija

11-¿Nombre de personas con las que ha tenido contacto los últimos 10 días? fecha y lugar.

Yeimar Angel Marin	27-05-2021 hogar
Yessica Manuela Marin	27-05-2021 hogar
Juan Alberto Grisales	27-05-2021 hogar
Monica Grisales	26-05-2021 hogar
Ana Salinas	27-05-2021 hogar
Sandra barrera	27.05.2021.

12- ¿Que temperatura tiene actualmente? _____

13- ¿conviven con personas que presten servicios de salud.?
Sí___ No X

Nota: En caso afirmativo de haber relacionado alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta, se le advierte que el mismo puede estar o no asociado a COVID-19, sin embargo, le recomendamos tener las siguientes precauciones:

- Usar tapabocas o mascarilla, teniendo en cuenta que se deben cambiar diariamente.
- Lavado frecuente de manos, mínimo cada tres horas.
- Evite saludar de beso, de mano o dar abrazos.
- Al toser o estornudar use el pliegue del codo.
- Estar a dos o más metros de distancia en caso de convivir con más personas.
- Evitar el contacto con adultos mayores.

14. -¿Está vacunado? si___ no X primera dosis___ segunda dosis___

Yo Liliana Margori Jaramillo identificado con cédula de ciudadanía 24791620 autorizo el tratamiento de estos datos para efectos de identificación y atención oportuna de la emergencia sanitaria relacionada con el Coronavirus Covid-19.

Firma: Liliana Jaramillo.

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013. SI X. NO ___

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

TAC-TIVA

CUESTIONARIO PREVENTIVO COVID 19

Nombre: Francy Leonela Suarez Gaviria Cédula: 1.092.914.170

Frente a la emergencia sanitaria que vive actualmente el país, por causa del Coronavirus COVID-19, en aras de prevenir y controlar a gran escala la propagación del virus en el territorio nacional y mitigar sus efectos, lo invita a realizar la siguiente encuesta, cuyo objeto es el de identificar condiciones propias de su salud y la de su círculo familiar:

1 Lugar donde está realizando Cuestionario?

Municipio Mistrato
Asociación_____

2- Por favor indique si en los últimos 14 días ha presentado algunas afectaciones a su salud tales como:

___ Congestión nasal
___ Dolor de garganta
___ Dolor de músculos
___ Escalofríos
___ Dificultad para respirar
___ Fatiga
___ Fiebre
___ Malestar general
___ Tos

3- ¿Cuándo iniciaron los síntomas? (dd/mm/aa):
____/____/____

4-¿Actualmente tiene los síntomas anteriormente seleccionados? Sí____ No____

5- ¿En los últimos 14 días ha estado en contacto con personas que tuvieran alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta? Sí____ No X
Lugar (trabajo, hogar, otro.) _____
Fecha de contacto: (dd/mm/aa): ____/____/____

6 ¿Pertenece algún grupo de riesgo, tales como:

___ Mayor de 60 años
___ Hipertensión
___ Diabetes
___ Cardiopatías
___ Patología pulmonar
___ Enfermedad renal crónica
___ Inmunosupresión
___ Patología hepática
___ Es fumador

7- ¿Ha visitado en los últimos 14 días otras ciudades?
Lugar NO

8- ¿Ha tenido contacto con personas que hayan estado por fuera del país en los últimos 14 días? Sí____ No X
País del que viene la persona _____

9-¿Ha tenido contacto directo con una persona diagnosticada con COVID-19? Sí____ No X

10-¿Vive con personas menores de 14 años o mayores de 60 años? ¿Cuantos menores? 51 Parentesco hijos y abuela.
¿Cuántos mayores? 1 Parentesco abuela.

11-¿Nombre de personas con las que ha tenido contacto los últimos 10 días? fecha y lugar.
abuela olivia 27-Mayo-2021 - Casa
Leni hermana. 27-Mayo-21 - Casa
Sofia hija. -27-May-21 - Casa
Victoria hija. - 27-May-21 - Casa

12- ¿Que temperatura tiene actualmente? _____

13- ¿conviven con personas que presten servicios de salud.?
Sí____ No X

Nota: En caso afirmativo de haber relacionado alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta, se le advierte que el mismo puede estar o no asociado a COVID-19, sin embargo, le recomendamos tener las siguientes precauciones:

- Usar tapabocas o mascarilla, teniendo en cuenta que se deben cambiar diariamente.
- Lavado frecuente de manos, mínimo cada tres horas.
- Evite saludar de beso, de mano o dar abrazos.
- Al toser o estornudar use el pliegue del codo.
- Estar a dos o más metros de distancia en caso de convivir con más personas.
- Evitar el contacto con adultos mayores.

14. -¿Está vacunado? si___ no X primera dosis___ segunda dosis___

Yo Francy Leonela Suarez. Gaviria identificado con cédula de ciudadanía 1.092.914.170 autorizo el tratamiento de estos datos para efectos de identificación y atención oportuna de la emergencia sanitaria relacionada con el Coronavirus Covid-19.

Firma: Leonela Suarez G

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013. SI X. NO ___

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

TAC-TIVA

CUESTIONARIO PREVENTIVO COVID 19

Nombre: Angela paola Agudelo montoya Cédula: 24791476

Frente a la emergencia sanitaria que vive actualmente el país, por causa del Coronavirus COVID-19, en aras de prevenir y controlar a gran escala la propagación del virus en el territorio nacional y mitigar sus efectos, lo invita a realizar la siguiente encuesta, cuyo objeto es el de identificar condiciones propias de su salud y la de su círculo familiar:

1 Lugar donde está realizando Cuestionario?

Municipio Mistrató
Asociación _____

2- Por favor indique si en los últimos 14 días ha presentado algunas afectaciones a su salud tales como:

___ Congestión nasal
___ Dolor de garganta
___ Dolor de músculos
___ Escalofríos
___ Dificultad para respirar
___ Fatiga
___ Fiebre
___ Malestar general
___ Tos

3- ¿Cuándo iniciaron los síntomas? (dd/mm/aa):
___/___/___

4-¿Actualmente tiene los síntomas anteriormente seleccionados? Sí ____ No ____

5- ¿En los últimos 14 días ha estado en contacto con personas que tuvieran alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta? Sí ____ No ____
Lugar (trabajo, hogar, otro.) _____
Fecha de contacto: (dd/mm/aa): ____/____/____

6 ¿Pertenece algún grupo de riesgo, tales como:

___ Mayor de 60 años
___ Hipertensión
___ Diabetes
___ Cardiopatías
___ Patología pulmonar
X Enfermedad renal crónica
___ Inmunosupresión
___ Patología hepática
___ Es fumador

7- ¿Ha visitado en los últimos 14 días otras ciudades?
Lugar _____

8- ¿Ha tenido contacto con personas que hayan estado por fuera del país en los últimos 14 días? Sí ____ No ____
País del que viene la persona _____

9-¿Ha tenido contacto directo con una persona diagnosticada con COVID-19? Sí ____ No X

10-¿Vive con personas menores de 14 años o mayores de 60 años? ¿Cuantos menores? 1 Parentesco Hija
¿Cuántos mayores? ____ Parentesco _____

11-¿Nombre de personas con las que ha tenido contacto los últimos 10 días? fecha y lugar.

Jacol. 27 / hogar.
Fernando 27 / hogar
carolina 26 / trabajo
Amalia. 26 / trabajo.
Senobia. 24 / una visita.
maritza. 22 / Rebusteria.
Siriany. 20 / visita.
claudia. 15 / mi casa.

12- ¿Que temperatura tiene actualmente? _____

13- ¿conviven con personas que presten servicios de salud.?
Sí ____ No X

Nota: En caso afirmativo de haber relacionado alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta, se le advierte que el mismo puede estar o no asociado a COVID-19, sin embargo, le recomendamos tener las siguientes precauciones:

- Usar tapabocas o mascarilla, teniendo en cuenta que se deben cambiar diariamente.
- Lavado frecuente de manos, mínimo cada tres horas.
- Evite saludar de beso, de mano o dar abrazos.
- Al toser o estornudar use el pliegue del codo.
- Estar a dos o más metros de distancia en caso de convivir con más personas.
- Evitar el contacto con adultos mayores.

14. -¿Está vacunado? si___ no X primera dosis___ segunda dosis___

Yo Angela paola Agudelo identificado con cédula de ciudadanía 24791466 autorizo el tratamiento de estos datos para efectos de identificación y atención oportuna de la emergencia sanitaria relacionada con el Coronavirus Covid-19.

Firma: Angela Paola Agudelo

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013. SI X. NO ___

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

TAC-TIVA

CUESTIONARIO PREVENTIVO COVID 19

Nombre: Yency Carolina Jaramillo S Cédula: 1004793186

Frente a la emergencia sanitaria que vive actualmente el país, por causa del Coronavirus COVID-19, en aras de prevenir y controlar a gran escala la propagación del virus en el territorio nacional y mitigar sus efectos, lo invita a realizar la siguiente encuesta, cuyo objeto es el de identificar condiciones propias de su salud y la de su círculo familiar:

1 Lugar donde está realizando Cuestionario?

Municipio Mistrató
Asociación_____

2- Por favor indique si en los últimos 14 días ha presentado algunas afectaciones a su salud tales como:

___ Congestión nasal
___ Dolor de garganta
___ Dolor de músculos
___ Escalofríos
___ Dificultad para respirar
___ Fatiga
___ Fiebre
___ Malestar general
___ Tos

3- ¿Cuándo iniciaron los síntomas? (dd/mm/aa):
____/____/_____

4-¿Actualmente tiene los síntomas anteriormente seleccionados? Sí____ No_____

5- ¿En los últimos 14 días ha estado en contacto con personas que tuvieran alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta? Sí____ No X
Lugar (trabajo, hogar, otro.) _____
Fecha de contacto: (dd/mm/aa): ____/____/_____

6 ¿Pertenece algún grupo de riesgo, tales como:

___ Mayor de 60 años
___ Hipertensión
___ Diabetes
___ Cardiopatías
___ Patología pulmonar
___ Enfermedad renal crónica
___ Inmunosupresión
___ Patología hepática
___ Es fumador

7- ¿Ha visitado en los últimos 14 días otras ciudades?
Lugar NO

8- ¿Ha tenido contacto con personas que hayan estado por fuera del país en los últimos 14 días? Sí____ No X
País del que viene la persona _____

9-¿Ha tenido contacto directo con una persona diagnosticada con COVID-19? Sí____ No X

10-¿Vive con personas menores de 14 años o mayores de 60 años? ¿Cuantos menores? 1 Parentesco hija
¿Cuántos mayores? 2 Parentesco padres

11-¿Nombre de personas con las que ha tenido contacto los últimos 10 días? fecha y lugar.

Diosdado Jaramillo 27-05-021 hogar
Abu Lucia Sánchez 270S-021 hogar
Jhon Jaramillo 27-05-021 hogar
Cristian Jaramillo 27-05-021 hogar
Daniela Martinez 27-05-021 hogar
Doris Restrepo 26-05-21 trabajo
Paola Agudelo 27-05-021 trabajo
Amalia Guaniurama 27-05-021 trabajo

12- ¿Que temperatura tiene actualmente? _____

13- ¿conviven con personas que presten servicios de salud.?
Sí____ No X

Nota: En caso afirmativo de haber relacionado alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta, se le advierte que el mismo puede estar o no asociado a COVID-19, sin embargo, le recomendamos tener las siguientes precauciones:

- Usar tapabocas o mascarilla, teniendo en cuenta que se deben cambiar diariamente.
- Lavado frecuente de manos, mínimo cada tres horas.
- Evite saludar de beso, de mano o dar abrazos.
- Al toser o estornudar use el pliegue del codo.
- Estar a dos o más metros de distancia en caso de convivir con más personas.
- Evitar el contacto con adultos mayores.

14. -¿Está vacunado? si___ no X primera dosis__ segunda dosis___

Yo Yency Carolina Jaramillo Sánchez identificado con cédula de ciudadanía 1004793186 autorizo el tratamiento de estos datos para efectos de identificación y atención oportuna de la emergencia sanitaria relacionada con el Coronavirus Covid-19.

Firma: Carolina Jaramillo Sánchez

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013. SI X. NO __

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

TAC-TIVA

CUESTIONARIO PREVENTIVO COVID 19

Nombre: Imelda Marin Cédula: 24.789.708

Frente a la emergencia sanitaria que vive actualmente el país, por causa del Coronavirus COVID-19, en aras de prevenir y controlar a gran escala la propagación del virus en el territorio nacional y mitigar sus efectos, lo invita a realizar la siguiente encuesta, cuyo objeto es el de identificar condiciones propias de su salud y la de su círculo familiar:

1 Lugar donde está realizando Cuestionario?

Municipio Mistrató (Rda)
Asociación _____

2- Por favor indique si en los últimos 14 días ha presentado algunas afectaciones a su salud tales como:

___ Congestión nasal
___ Dolor de garganta
___ Dolor de músculos
___ Escalofríos
___ Dificultad para respirar
___ Fatiga
___ Fiebre
___ Malestar general
___ Tos

3- ¿Cuándo iniciaron los síntomas? (dd/mm/aa):
___/___/___

4-¿Actualmente tiene los síntomas anteriormente seleccionados? Sí ___ No ___

5- ¿En los últimos 14 días ha estado en contacto con personas que tuvieran alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta? Sí ___ No X
Lugar (trabajo, hogar, otro.) _____
Fecha de contacto: (dd/mm/aa): ___/___/___

6 ¿Pertenece algún grupo de riesgo, tales como:

___ Mayor de 60 años
X Hipertensión
___ Diabetes
___ Cardiopatías
___ Patología pulmonar
___ Enfermedad renal crónica
___ Inmunosupresión
___ Patología hepática
___ Es fumador

7- ¿Ha visitado en los últimos 14 días otras ciudades?
Lugar _____

8- ¿Ha tenido contacto con personas que hayan estado por fuera del país en los últimos 14 días? Sí ___ No X
País del que viene la persona _____

9-¿Ha tenido contacto directo con una persona diagnosticada con COVID-19? Sí ___ No X

10-¿Vive con personas menores de 14 años o mayores de 60 años? ¿Cuantos menores? ___ Parentesco _____
¿Cuántos mayores? ___ Parentesco _____

11-¿Nombre de personas con las que ha tenido contacto los últimos 10 días? fecha y lugar.
Vanessa - 25 de Mayo
santiago 25 de Mayo
ALLison 25 de Mayo
katherine todos los dias

12- ¿Que temperatura tiene actualmente? _____

13- ¿conviven con personas que presten servicios de salud.?
Sí ___ No X

Nota: En caso afirmativo de haber relacionado alguno de los síntomas del numeral uno de la presente encuesta, se le advierte que el mismo puede estar o no asociado a COVID-19, sin embargo, le recomendamos tener las siguientes precauciones:

- Usar tapabocas o mascarilla, teniendo en cuenta que se deben cambiar diariamente.
- Lavado frecuente de manos, mínimo cada tres horas.
- Evite saludar de beso, de mano o dar abrazos.
- Al toser o estornudar use el pliegue del codo.
- Estar a dos o más metros de distancia en caso de convivir con más personas.
- Evitar el contacto con adultos mayores.

14. -¿Está vacunado? si___ no X primera dosis___ segunda dosis___

Yo Ma. Imelda Marin identificado con cédula de ciudadanía 24.789.708 autorizo el tratamiento de estos datos para efectos de identificación y atención oportuna de la emergencia sanitaria relacionada con el Coronavirus Covid-19.

Firma: _____

Autoriza el tratamiento de datos personales según ley 1581 de 2012. Reglamentada parcialmente por el Decreto No. 1377 de 2013. SI X. NO ___