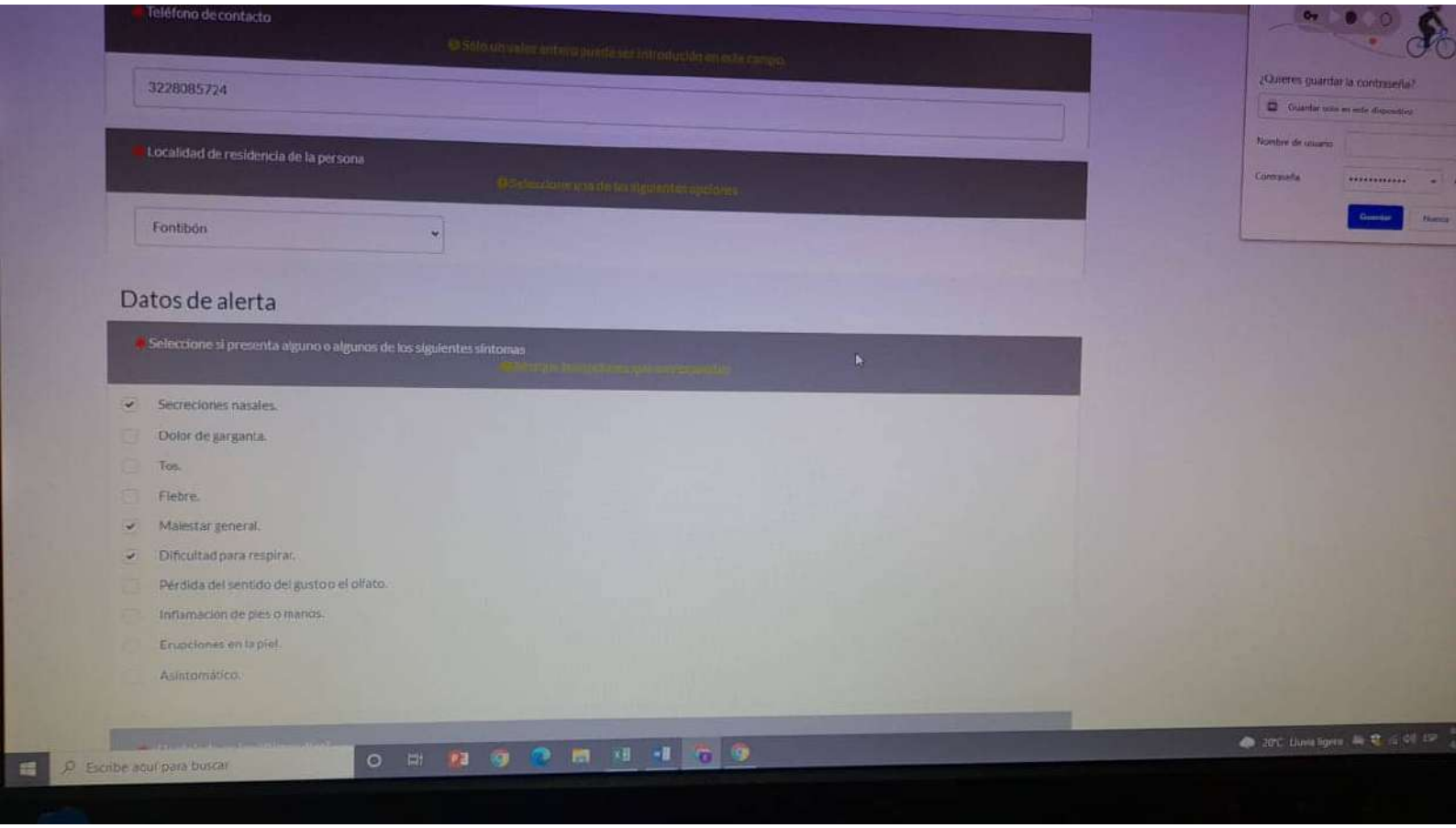

Teléfono de contacto
Solo un valor entero puede ser introducido en este campo.
3228085724
Localidad de residencia de la persona
Seleccione una de las siguientes opciones
Fontibón
Datos de alerta
Seleccione si presenta alguno o algunos de los siguientes síntomas
Escriba las opciones que corresponda
Secreciones nasales.
Dolor de garganta.
Tos.
Fiebre.
Malestar general.
Dificultad para respirar.
Pérdida del sentido del gusto o el olfato.
Inflamación de pies o manos.
Erupciones en la piel.
Asintomático.
¿Quieres guardar la contraseña?
Guardar solo en este dispositivo
Nombre de usuario
Contraseña
Guardar
Nunca
Escribe aquí para buscar
20°C Lluvia ligera

REPORTE DE ALERTAS TEMPRANAS POR ENFERMEDAD RESPIRATORIA

Continuar después Salir y b

¿algún familiar ha fallecido por COVID-19?

Seleccione una de las siguientes opciones

- Si
- No
- No sabe

¿Convive con personas que hayan sido diagnosticadas con COVID-19

Seleccione una de las siguientes opciones

- Si
- No
- No sabe

¿Cuántas personas que conviven con usted han sido diagnosticadas con COVID-19?

1

Descripción de la situación

ESTUDIANTE DE 703 QUE PRESENTA SÍNTOMAS ASOCIADOS A COVID. SE RECOMIENDA PEDIR ASESORÍA A EPS CAFAM PARA INDICACIONES

¿Quieres guardar la contr

Guardar solo en este dis

Nombre de usuario

Contraseña

94% 3:14 PM

Edgar Coordinador

4 de abril 6:02 p. m.

