

### Cuestionario Infección por Coronavirus (SARS-CoV-2)

A cumplimentar por el solicitante

**Nombre y apellidos:** .....

**Solicitud n°:** ..... **Fecha:** .....

1. Fecha de resultado positivo por coronavirus (SARS-CoV-2) ..... [mm/aa]

2. ¿Cual/es de los siguientes síntomas ha sufrido o sufre durante el transcurso de la enfermedad?  
(marcar todas las opciones adecuadas)

- |                    |   |
|--------------------|---|
| Tos                | Pérdida del gusto u olfato  |
| Fiebre             | Dolor en articulaciones (mialgia)                                       |
| Cansancio / Fatiga | Erupciones cutáneas o decoloración de los dedos de los pies o las manos |
| Dolor de garganta  | Pérdida del habla o del movimiento                                      |
| Diarrea            | Dolor o presión en el pecho   |
| Dolor de cabeza    | Ninguno de los mencionados  |
| Falta de aire      | Otros - <i>Por favor, amplíe información:</i> .....                     |
| Conjuntivitis      |   |

3. ¿Ha estado hospitalizado a causa de su infección por coronavirus?

No

Sí – *Por favor, amplíe información:*

¿Cuánto tiempo? Desde .....[dd/mm/aa] hasta ..... [dd/mm/aa]

¿Tuvo que ingresar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)?

No

Sí – *Por favor, amplíe información:*

¿Cuánto tiempo? Desde.....[dd/mm/aa] hasta ..... [dd/mm/aa]

4. ¿Qué tratamiento ha recibido por su infección por coronavirus?

Sin tratamiento

Terapia con oxígeno

Ventilación asistida (p.ej. oxigenoterapia de alto flujo, CPAP, BiPAP, ventilación no invasiva con casco, etc.)

Diálisis

Medicación – *Por favor, indique nombre y dosis:* .....

Cirugía – *Por favor, indique tipo de cirugía:* .....

Otro – *Por favor, dé más detalles:* .....

5. ¿Ha sufrido alguna de las siguientes complicaciones durante su infección por coronavirus?

Afectación de órganos

Pulmones (p. ej. enfermedad pulmonar – incluyendo neumonía, embolia, insuficiencia respiratoria aguda o crónica, etc.)

Corazón (p. ej. infarto de miocardio, miocarditis, insuficiencia cardíaca aguda o crónica, etc.)

Riñón (p. ej. insuficiencia renal, etc.)

Otro – *Por favor, amplíe información:*.....

Apoplejía

Hipertensión (de reciente diagnóstico)

<p>Diabetes (de reciente diagnóstico)</p> <p>Síntomas neurológicos (p.ej. falta de concentración, pérdida de memoria, convulsiones, etc.)</p> <p>Shock séptico</p> <p>Otro – <i>Por favor, amplíe información:</i> .....</p>
<p>6. ¿Ha experimentado algún problema de salud mental como consecuencia de su infección por coronavirus?</p> <p>No</p> <p>– Sí – <i>Por favor, amplíe información:</i></p> <p>    Ansiedad</p> <p>    Depresión</p> <p>    Estado de ánimo bajo</p> <p>    Psicosis</p> <p>– Otro – <i>Por favor, amplíe información:</i>.....</p>
<p>7. ¿Se ha recuperado por completo de su infección por coronavirus?</p> <p>    Sí – <i>Por favor, amplíe información:</i></p> <p>        ¿Desde cuando? .....[mm/aa]</p> <p>    No – <i>Por favor, amplíe información:</i></p> <p>        ¿Qué síntomas tiene en la actualidad?.....</p> <p>        ¿Está recibiendo aún tratamiento (médico / no médico)?</p> <p>            No</p> <p>            Sí – <i>Por favor, amplíe información:</i>.....</p>
<p>8. Por favor, indique el nombre y la dirección de su médico tratante:</p> <p>Nombre: .....</p> <p>Dirección: .....</p>
<p><b>Firma</b> ..... <b>Fecha</b> .....</p>