

Anexo 2**CUESTIONARIO DE SALUD COVID-19**

Este es un cuestionario para conocer tu estado de salud actual con respecto a la enfermedad producida por el CORONAVIRUS COVID-19, es fundamental y de acceso únicamente para los profesionales sanitarios.

Nombre: _____

Especialidad: _____

Prueba: _____

Categoría: _____

A. ¿Has padecido COVID-19 u otra enfermedad durante el confinamiento? Sí/no

B. ¿Dónde y quién te ha atendido?

Centro: _____

Especialista: _____

1. Durante este periodo de confinamiento, ¿has tenido alguno de los siguientes síntomas?

- FIBRE: sí/no: _____
- TOS SECA: sí/no: _____
- DIFICULTAD RESPIRATORIA: sí/no: _____
- DOLOR DE CABEZA: sí/no: _____
- GASTROENTERITIS: sí/no: _____
- PÉRDIDA DE SABOR: sí/no: _____
- PÉRDIDA DE OLOR: sí/no: _____
- CANSANCIO GENERALIZADO: sí/no: _____
- DOLOR MUSCULAR MARCADO: sí/no: _____

2. ¿Te han hecho algún Test de confirmación del Covid-19? sí/no: _____

3. ¿Cuál?

- PCR: sí/no: _____ resultado: _____
- TEST DE ANTIGÉNICOS: sí/no: _____ resultado: _____
- TEST DE INMUNOGLOBULINAS: sí/no: _____ resultado: _____

4. ¿Has necesitado asistencia médica a causa del Covid-19?

- TELEFÓNICA: sí/no: _____
- AMBULATORIA: sí/no: _____
- HOSPITALARIA: sí/no: _____
- UCI: sí/no: _____

5. ¿Qué tratamiento has recibido? _____**6. ¿Alguna persona que conviva contigo ha padecido la enfermedad o alguno de los síntomas mencionados con anterioridad?** sí/no: _____**7. En caso afirmativo, ¿hiciste cuarentena?** sí/no: _____**8. ¿Te encuentras en estos momentos bien de salud?** sí/no: _____**9. En caso de que hayas marcado no, describe los síntomas que tienes:**

Formular/responder las siguientes preguntas haciendo referencia al momento actual y a los 14 días previos al momento en que se realizan las preguntas:

- Estado general: - ¿Cómo te encuentras en general? respuesta: _____
- Fiebre y/o escalofríos - Superior a 37,5°C y si reaparece: sí/no: _____
- Tos, expectoración (arrancas mucosidad), hemoptisis (sangre al toser) - seca, persistente, con esputo, con sangre sí/no: _____
- Trabajo respiratorio o respiración acelerada - Desde cuándo, asociada o no al movimiento, de inicio brusco, si ha mejorado sí/no: _____ respuesta: _____

- Diarrea y vómitos - número y consistencia: sí/no: _____

Respuesta: _____

- Mialgias (dolores musculares) y artralgias (dolores articulares) - localizadas y erráticas (en diferentes localizaciones) sí/no: _____
- Dolor pleurítico (localizado entre la piel y el pulmón) – de carácter punzante en el pecho, aumenta al respirar, desde cuándo lo tiene: sí/no: _____ respuesta:
- Astenia (cansancio generalizado), anorexia falta de apetito), odinofagia (dolor en la faring y hacia los oídos), cefalea (dolor de cabeza) – desde cuándo: sí/no: _____

Respuesta: _____

- Anosmia (pérdida o alteración del olfato) o ageusia (pérdida o alteración del gusto): sí/no: _____
- Rash cutáneo /sarpullido en la piel), eritema en la piel (piel enrojecida) u otras manifestaciones dérmicas: sí/no: _____

Alguna afectación bucal u odontológica durante este periodo: sí/no: _____

Constantes Vitales (si es posible que se las tome cada uno)

- FC – Frecuencia cardíaca: resultado:
- TA – Presión arterial: resultado:
- FR – Frecuencia respiratoria: resultado:
- T^a – Temperatura corporal: resultado:
- SatO2 – Saturación de oxígeno, tomada con pulsioxímetro: resultado: