



## **Encuesta Sanitaria**

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años      Género:  M    F

Marcar con una X si usted ha presentado:

- Fiebre superior a 39°
- Tos
- Dolor de Garganta intenso
- Dolores Musculares
- Dolores de Articulaciones
- Irritación de Ojos
- Flujo Nasal

En caso de presentar estos síntomas te recomendamos visitar a su médico y/o a la S.S.A.