



Cuestionario sobre Exposición a COVID-19 (Coronavirus)

Nombre del Cliente Solicitante	Número de Documento

Por favor responda las siguientes preguntas con el mayor detalle posible:

1. ¿Usted está, o ha estado en contacto cercano con alguien que ha sido puesto en cuarentena o diagnosticado una infección por el nuevo coronavirus (SRAS-CoV-2/COVID-19)? En caso afirmativo, por favor detalle

Si No

Fecha en la que tuvo el contacto: _____

Lugar en el que tuvo el contacto: _____

Otros detalles:

2. ¿Ha sido puesto en cuarentena por una probable exposición al nuevo coronavirus (SRAS-Cov-2/COVID-19)? En caso afirmativo, por favor detalle:

Si No

Fecha en la inicio el periodo de cuarentena:

Lugar en el que estuvo en este periodo:

Otros detalles:

3. ¿Le han recomendado someterse a pruebas para confirmar o descartar un diagnóstico de Nuevo coronavirus (SRAS-CoV-2/COVID-19)? O, está en espera del resultado de una prueba que ha sido procesada en búsqueda del nuevo coronavirus (SRAS-CoV2/COVID-19)?

Si No



Fecha en la que se realizó las pruebas: _____

Fecha en la cual le entregaran los resultados: _____

Si ya recibió los resultados por favor indicar el resultado: _____

Otros detalles:

4. ¿Ha resultado positivo en la prueba para el nuevo coronavirus (SRAS-CoV-2/COVID-19)?

En caso afirmativo, indique la fecha del diagnóstico positivo.

Si No

Fecha en la que se dio el diagnóstico positivo:

Lugar del diagnóstico:

Otros detalles:

5. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas dentro de los últimos 14 días?

Si No

En caso afirmativo para alguno de éstos, indique cuál y detalle la información

- Cualquier fiebre
- Tos
- Dificultad para respirar Malestar general (cansancio gripal)
- Rinorrea (descarga mucosa nasal)
- Dolor de garganta
- Síntomas gastrointestinales como nausea, vómito y/o diarrea

Fecha desde la cual presenta los síntomas:

Detalles:



6. Declaración de Viajes

- a. Por favor indique si ha realizado viajes durante los últimos 15 días
Si No

Si su respuesta es SI. Por favor indique su patrón de viajes realizados durante los últimos 15 días: Incluya viajes Nacionales e Internacionales:

PAÍS AL CUAL VIAJO	CIUDAD	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ARRIBO

- b. Por favor indique si tiene planes de viajes futuros en los próximos 30 días:
Si No

Si su respuesta es SI. Diligencie el detalle en la información a continuación:

PAÍS	CIUDAD	FECHA DE SALIDA	FECHA DE ARRIBO	DURACIÓN PLANEADA

7. ¿Actualmente se encuentra en buen estado de salud?
Si No

Declaración

Confirmando que las respuestas que he proporcionado, son de acuerdo a mi mejor conocimiento, verdaderas y que no he retenido información material que pudiera influir en la evaluación o aceptación de esta solicitud.

Estoy de acuerdo en que este documento formará parte de mi solicitud de seguro(s) y que la omisión de revelar cualquier hecho material conocido puede invalidar mi(s) seguro(s).



Firmado en _____ fecha _____ de
20__

Firma del Solicitante