



DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Género
	DD MM AAAA	Mujer <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/>
1) ¿Según su médico, qué tipo de sintomatología tuvo su infección Covid-19?		
Leve <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Severa <input type="radio"/> Crítica <input type="radio"/>		
2) ¿Le hospitalizaron por su infección / sospecha de Covid-19? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> En caso afirmativo responda las siguientes preguntas		
Fecha de Alta Hospitalaria DD MM AAAA Necesito usted de Oxígeno <input type="radio"/> Ventilación (respiración artificial) <input type="radio"/>		
¿Fue hospitalizado en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
Aparte de los cuidados anteriormente mencionados, ¿recibió algún otro tipo de tratamiento (farmacológico, no farmacológico, cirugía, plasma convaleciente, etc.)? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> En caso afirmativo, ¿cuáles?		
3) ¿Antes de la infección con coronavirus, sufría Usted de enfermedades pulmonares, cardiovasculares (incluyendo hipertensión), obesidad, diabetes, enfermedades autoinmunes o patología renal? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> En caso afirmativo, ¿cuáles?		
4) ¿Está Usted completamente curado y sin síntomas? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		
En caso afirmativo, indicar desde qué fecha: DD MM AAAA		
5) ¿A causa del Covid-19 tuvo secuelas/complicaciones (por favor especificar cuáles)?		
<input type="radio"/> Pulmonares <input type="radio"/> Cardiovasculares <input type="radio"/> Renales <input type="radio"/> Mentales/neurológicas <input type="radio"/> Musculo-esqueléticas <input type="radio"/> Otra ¿Cuál? _____ <input type="radio"/> Ninguna		
6) ¿Después del alta, le ha efectuado controles periódicos? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		
En caso afirmativo, ¿los resultados del control fueron normales? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
Fecha		
D	M	A

FIRMA DEL SOLICITANTE  
C.C. \_\_\_\_\_