

# CUESTIONARIO DE SEGURIDAD COVID-19

## DISPOSICIÓN 16/20 - SRT



La información que estás brindando tiene carácter de declaración jurada. Deberás comunicar cualquier cambio que se produzca en las condiciones informadas en el presente autodiagnóstico.

Apellido y Nombre ▶ \_\_\_\_\_

N° de Documento ▶ \_\_\_\_\_ Legajo ▶ \_\_\_\_\_ Edad ▶ \_\_\_\_\_

Sector de trabajo ▶ \_\_\_\_\_

### ¿Con qué medio de transporte venís al trabajo?

A pie     En bici     En taxi o remís     En vehículo propio

En transporte público (indicá medios usados y trayecto) ▶ \_\_\_\_\_

### SOBRE TU ESTADO DE SALUD:

¿Fuiste caso positivo Covid-19?     Sí     No

### ¿Tenés, o tuviste, en los últimos días, uno o más de los siguientes síntomas?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre (37.5°C ó más)                       | <input type="checkbox"/> Tos                 | <input type="checkbox"/> Secreción nasal                          |
| <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria                     | <input type="checkbox"/> Diarrea y/o vómitos | <input type="checkbox"/> Pérdida repentina del gusto o del olfato |
| <input type="checkbox"/> Odinofagia<br>(dolor de garganta al tragar) | <input type="checkbox"/> Dolores musculares  | <input type="checkbox"/> Cansancio                                |

### ¿Tenés alguna de estas enfermedades?

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cáncer                   | <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática     | <input type="checkbox"/> alguna condición que baje tus defensas |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiológica |   |

¿Estás, o creés, que podés estar embarazada?     Sí     No

¿Convivís con alguna persona que, actualmente, es caso confirmado COVID-19?     Sí     No

¿Pasaste, en los últimos 14 días, por lo menos 15 minutos, con alguna persona que, actualmente, es caso confirmado COVID-19?

Sí     No

¿Regresaste de viaje desde otro país o provincia? Especifica desde dónde. ▶ \_\_\_\_\_

### ES MUY IMPORTANTE:

Respetar las medidas de prevención establecidas ante el COVID-19.

Informar cualquier cambio en tu estado de salud, condición, o presencia de algún síntoma compatible con COVID-19.

Firma ▶ \_\_\_\_\_ Aclaración ▶ \_\_\_\_\_

Experta ART S.A.

Av. del Libertador 6902 | C1429BMP | Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tel: 0800-777-7278 | e-mail: clientes@experta.com.ar | www.experta.com.ar