



**Has recibido la vacuna de Covid-19? Si No**

**Si si cuando? En cual brazo?**

**En las ultimas dos semanas has probado positivo/a para el Covid-19?**

**Si No**

**En las ultimas dos semanas has tenido symptomas que son nuevos o que han empeorado como fiebre, toz, dificultad de respiracion, rinorrea, dolor de garganta, resfriado, dolor de cabeza, falta de olor, perdida de gusto, drenaje ocular o congestion?**

**Si No**

**Le han pedido que se ponga en cuarentena o ha estado expuesto/a a una persona que ha tenido un resultado positivo de Covid -19 en las ultimas dos semanas?**

**Si No**

**Si "si" porfavor explique : \_\_\_\_\_**  
\_\_\_\_\_

**Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**

