

**Cuestionario Covid-19** – a completar por la persona candidata al seguro

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  Hombre  Mujer

1) ¿Según su médico, qué tipo de sintomatología tuvo su infección Covid-19?

Leve  Moderada  Severa  Crítica

2) ¿Le hospitalizaron por su infección / sospecha de Covid-19? Sí  No

En caso afirmativo:

Fecha de alta hospitalaria: \_\_\_\_\_

¿Necesitó Usted de? Oxígeno  Ventilación (respiración artificial)

¿Fue hospitalizado en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)? Sí  No

Aparte de los cuidados anteriormente mencionados, ¿recibió algún otro tipo de tratamiento (farmacológico, no farmacológico, cirugía, plasma convaleciente, etc.)? Si  No

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?

En caso afirmativo, cuáles:

4) ¿Está Usted completamente curado y sin síntomas? Sí  No

En caso afirmativo, indicar desde qué fecha: \_\_\_\_\_

4) ¿A causa del Covid-19 tuvo secuelas/complicaciones (por favor especificar cuáles)?

Pulmonares  Cardiovasculares  Renales  Mentales/neurológicas

Musculo-esqueléticas

5) ¿Después del alta, le ha efectuado controles periódicos? Sí  No

En caso afirmativo, ¿los resultados del control fueron normales? Sí  No

Fecha y firma: \_\_\_\_\_