

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: _____