Compañía de Seguros, S.A.

Cuestionario COVID-19

Favor completar para propósitos de Suscripción como complemento a la Solicitud de Seguros presentada. Aplica para el Solicitante Principal como para cada dependiente (en caso de pólizas de salud).

Datos generales

Nombre del Solicitante: _____

Fecha de completado el cuestionario: _____ _____ _____
Día Mes Año

Cuestionario

1. ¿Ha estado usted fuera del país en los últimos 30 días? Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es afirmativa, favor detallar los países visitados:

2. ¿Ha estado cerca de alguna persona que ha viajado en los últimos 30 días? Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es afirmativa, favor detallar los países visitados:

3. ¿Ha estado usted en algún centro de salud en los últimos 15 días? Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es afirmativa, favor detallar:

4. ¿Ha estado usted en contacto con alguna persona enferma en los últimos 15 días? Sí ☐ No ☐ No estoy seguro (a) ☐

Si la respuesta es afirmativa, favor detallar:

5. ¿Durante los últimos 15 días ha presentado alguno de los siguientes síntomas?: Sí ☐ No ☐

☐ Tos seca	☐ Dificultad respiratoria	☐ Perdida del olfato
☐ Secreción nasal	☐ Falta de aire	☐ Perdida del gusto
☐ Malestar general	☐ Dolor de garganta	☐ Brote en piel de manos y piernas
☐ Fiebre	☐ Diarrea	☐ Otras _____

6. ¿Ha estado usted en contacto con un caso (persona) sospechoso, probable o positivo en Coronavirus? Sí ☐ No ☐ No estoy seguro (a) ☐

Si la respuesta es afirmativa, favor detallar la fecha del primer contacto: _____ _____ _____
Día Mes Año

7. ¿Se encuentra actualmente en aislamiento por sospecha de contagio con el coronavirus? Sí ☐ No ☐

8. ¿Tiene o ha tenido usted:

☐ Enfermedades crónicas del corazón	☐ Cáncer	☐ Otras _____
☐ Enfermedades pulmonares	☐ Recibe tratamiento con inmunosupresores	☐ Nada

9. ¿Tiene planificado algún viaje al extranjero en los próximos días o meses? Si a respuesta es afirmativa, indique el nombre del país, propósito del viaje y duración de la estadía? Sí ☐ No ☐

10. ¿Se ha hecho la prueba del hisopado nasal? Sí ☐ No ☐

Indique si el resultado de la prueba fue: Positivo ☐ Negativo ☐

11. ¿Ha estado hospitalizado por COVID-19? Si la respuesta es afirmativa indique si en sala o en la unidad de cuidados intensivos? Sí ☐ No ☐

En sala ☐ UCI ☐

Luego de la hospitalización ¿Ha quedado con algún padecimiento? De ser afirmativa su respuesta, brinde detalles: _____ Sí ☐ No ☐

Certifico que la información antes mencionada es correcta.
Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, corredores de seguros y/o otras Compañías de Seguro a revelar a **ASSA Compañía de Seguros, S.A.** información y documentación del expediente clínico y/o cuadricula médica mía y/o de mis dependientes.

_____
Firma