

NOMBRE DEL ASEGURADO PROPUESTO

1. ¿En que fecha fue diagnosticado con el virus SARS-CoV-2/COVID-19? \_\_\_\_\_
2. ¿Que tipo de prueba se utilizó para hacer el diagnóstico? (Por favor circule uno)
  - a) rt-PCR (generalmente realizada con un hisopo nasal y de garganta)
  - b) Anticuerpos (generalmente realizada con un pinchazo en el dedo o un análisis de sangre)
  - c) No sé
3. ¿Recibió un informe impreso o electrónico con el resultado de la prueba? En caso afirmativo, incluya una copia con este cuestionario. Si  No
4. ¿Por qué se hizo la prueba del COVID-19? (Por favor circule uno)
  - a) Tenía síntomas/estaba enfermo
  - b) Estuve expuesto a alguien que había tenido COVID-19, pero no tuve síntomas
  - c) Como parte de un programa general de detección/prueba, pero no tuve síntomas
  - d) Otro (por favor indique detalles)

---

---

5. ¿En algún momento requirió ingreso en el hospital para observación, cuarentena o tratamiento de COVID-19? Si  No

Si afirmativo, por favor responda las siguientes preguntas:

- a) ¿La admisión fue solo para fines de observación o cuarentena y en ningún momento tuvo síntomas y/o requirió tratamiento? Si  No
- b) Fecha de admisión \_\_\_\_\_ Fecha cuando le dieron de alta \_\_\_\_\_
- c) ¿Requirió tratamiento en la unidad de cuidados intensivos (UCI)? Si  No
- d) ¿Necesitó de una máquina para ayudarlo a respirar? Si  No
- e) ¿Qué complicaciones experimentó, como problemas pulmonares (respiratorios), renales, hepáticos o cardíacos relacionados por la infección COVID-19? (Por favor de detalles).

---

---

---

6. ¿Qué síntomas tiene en este momento?
  - a) Fatiga o pérdida de energía Si  No

**Cuestionario de Recuperación de COVID-19**

- b) Dificultad en la concentración Si  No
- c) Fiebre Si  No
- d) Tos Si  No
- e) Malestar corporal Si  No
- f) Dolor de cabeza Si  No
- g) Dificultad para respirar Si  No
- h) Depresión Si  No
- i) Sin síntomas Si  No

7. Fecha en la que experimentó una recuperación completa: \_\_\_\_\_

8. ¿Tiene alguna cita o prueba de seguimiento pendiente o recomendada relacionada con su diagnóstico COVID-19? Si  No

Si afirmativo, por favor indique las fechas y pruebas:

---

---

9. Si está empleado, ¿ha sido certificado para volver a trabajar sin restricciones y con plena capacidad? Si  No

Si no, por favor proporcione detalles:

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado propuesto

\_\_\_\_\_  
Firma del tomador de póliza  
(si no es el asegurado propuesto)

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha (MM/DD/AAAA)