

**DECLARACION DE ESTADO DE SALUD Y RIESGO DE INFECCION POR COVID 19**

**Esta declaración la deberá firmar los acompañantes que permanezcan en la sala de espera de Emdiagnóstica. En los casos que se requiera el ingreso del acompañante a las instalaciones de Emdiagnóstica deberá firmar el “Consentimiento informado acompañantes”**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Tipo y número de identificación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

El siguiente documento tiene por objeto establecer la presencia de riesgo de infección por Coronavirus en el acompañante del paciente asistente a Emdiagnóstica SAS durante la pandemia de Covid 19

**Por favor responda el siguiente cuestionario (Marque con una X)**

1- Padece alguna enfermedad pulmonar crónica (asma, EPOC, etc.) severa o padece hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica o enfermedades del corazón serias incluyendo infartos, enfermedad valvular o reemplazos valvulares cardiacos y/o tiene un cardio desfibrilador implantado? Tiene marcapasos? ¿Padece alteraciones conocidas serias del sistema inmune?	SI	NO
2. ¿Usted o alguien con quien vive, <u>en las últimas 2 semanas</u> , ha tenido fiebre de 38°C o más asociado a dolor de cabeza, tos seca, dificultad respiratoria, dolor de garganta, reducción o pérdida del olfato o el gusto (capacidad de percibir sabores) o ha presentado diarrea de reciente aparición?	SI	NO
3. ¿Usted o alguien con quien vive tiene diagnóstico de infección por Covid 19 o ha estado en contacto con alguien en quien se esté sospechando infección por Covid 19 o haya sido diagnosticado con este virus?	SI	NO
4. ¿Usted o alguien con quien vive ha estado fuera del país o en contacto con viajeros provenientes del exterior?	SI	NO
5- En caso de ser personal asistencial en salud ¿Tiene sospecha de haber tenido contacto no protegido con un paciente con infección por Covid 19?	SI	NO
6- Está dispuesto a utilizar de manera completa y adecuada todos los elementos de protección personal requeridos durante su estadía en Emdiagnóstica, los cuales serán suministrados por Emdiagnóstica?	SI	NO
7- Confirma que hasta donde es de su conocimiento hasta la fecha de hoy NO tiene diagnóstico de infección por Covid 19	SI	

**FIRMA**

CC \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Notas administrativas: *(Para ser diligenciado por el personal de Emdiagnóstica)*

Temperatura: \_\_\_\_\_ *(Sólo si se requiere su ingreso a Emdiagnóstica)*

CRITERIO	SI	NO
La persona llega con tapabocas		
La persona higieniza sus manos		
La persona mantiene aislamiento social		
La persona acata las recomendaciones del personal de Emdiagnóstica		
La persona presente evidentes síntomas respiratorios		

Nombre personal de la institución de Salud \_\_\_\_\_

Firma de personal de institución de Salud \_\_\_\_\_

C.C \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_