

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS

Fecha de aplicación (día/mes/año)			
Nombre del entrevistado:			
Nombre de la persona que realizó el filtro:			
1.- En los últimos 7 días, ha tenido alguno de los siguientes síntomas:			
	Síntoma	Sí	No
	Fiebre		
	Tos, estornudos		
	Malestar general		
	Dolor de cabeza		
	Dificultad para respirar		
Presenta síntomas Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Firma de quien realizó el filtro		

----- CORTE AQUÍ -----

Fecha de aplicación (día/mes/año)			
Nombre del entrevistado:			
<p>SI PRESENTA FIEBRE, ASOCIADO CON EL RESTO DE LOS SÍNTOMAS, ACUDA A LA UNIDAD DE SALUD MÁS CERCANA A SU DOMICILIO Y SIGA LAS INDICACIONES DEL PERSONAL MÉDICO.</p> <p>SE RECOMIENDA PERMANECER EN CASA PARA EVITAR CONTAGIAR A OTRAS PERSONAS Y TENER UNA PRONTA RECUPERACIÓN.</p> <p>Conserva este talón que comprueba tu asistencia.</p>			