

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 (por favor indique detalles)
 - 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 es Negativo, por favor indique detalles. Si es 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)