

## ENCUESTA DE DETERMINACIÓN PARA CONTACTO DE ALTO RIESGO

Con el fin de determinar si usted tuvo un contacto de alto riesgo con algún caso sospechoso de covid-19, se debe aplicar esta encuesta a los colaboradores del círculo cercano del enfermo en el traslado y/u operaciones.

Esta encuesta es de carácter personal y confidencial, manteniendo el resguardo de la información.

Favor solicitamos entregar información fidedigna y lo más detallada posible, marcar con una X su opción.

<b>ENCUESTA CONTACTO ALTO RIESGO</b>				
<b>ITEM</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Usted tuvo contacto con caso sospechoso de COVID-19				
¿El contacto con caso sospechoso se realizó entre 2 días antes del inicio de síntomas y 14 días después del inicio de síntomas del enfermo?				
¿Mantuvo más de 15 minutos de contacto cara a cara, a menos de un metro?				
¿Usted compartió un espacio cerrado por 2 horas o más, tales como lugares como oficinas, trabajos, reuniones?				
¿Usted vive o pernoctar en el mismo lugar, hogar o lugares similares a hogar, tales como hostales, internados, instituciones cerradas, hogares de ancianos, hoteles, residencias, entre otros?				
¿Usted realizo trasladado en cualquier medio de transporte cerrado a una proximidad menor de un metro?				

Para concluir, complete con sus datos personales la siguiente tabla:

Nombre y Apellidos	
RUT	
Cargo	
Firma	