

# ENCUESTA COVID-19 CLINICA ANTOFAGASTA

## PRE-OPERATORIA PARA PACIENTES QUE SE SOMETEN A CIRUGÍA DURANTE PANDEMIA COVID-19

La siguiente encuesta permite identificar pacientes de riesgo de ser portadores de Covid-19 que puedan ingresar a Pabellones Quirúrgicos de Clínica Bupa Antofagasta de acuerdo con las definiciones de la Autoridad Sanitaria. Contestar con la verdad nos ayudará a entregar un manejo perioperatorio seguro y responsable para su atención, la de otros pacientes y del personal.

Marque con una  en cada pregunta, según corresponda:

¿Ha sido diagnosticado con Covid-19 los últimos 28 días?.	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
¿Se ha realizado el <b>examen PCR-Covid19</b> los últimos 28 días y desconoce su resultado o este fue NO concluyente?.	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
¿Ha presentado (los últimos 14 días) o presenta alguno de estos síntomas: fiebre, tos seca, dolor de cabeza, congestión nasal, cansancio, dificultad para respirar, dolores musculares, diarrea, pérdida del sentido del gusto/olfato en los últimos días?.	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
¿Ha brindado atención directa <b>SIN el equipo de protección personal (EPP)</b> adecuado a casos confirmados con Covid-19 entre 2 días antes al inicio de síntomas y 14 días después al inicio de síntomas (del enfermo)?.	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
¿Ha estado en contacto con un caso confirmado de Covid-19 entre 2 días antes al inicio de síntomas y 14 días después al inicio de síntomas (del enfermo)?, cumpliéndose además una de las siguientes condiciones:		
Haber mantenido más de 15 minutos de contacto cara a cara con el caso confirmado, a menos de un metro.	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Haber compartido un espacio cerrado por 2 horas o más con el caso confirmado, en lugares como: oficina, trabajos, reuniones, colegios.	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Vivir o pernoctar con el caso confirmado en el mismo hogar o lugares similares a hogar, tales como hostales, internados, instituciones cerradas, hogares de ancianos, hoteles, residencia, entre otros.	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Haberse trasladado en cualquier medio de transporte cerrado con el caso confirmado a una proximidad menor de un metro.	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
¿Es usted un viajero proveniente del extranjero, en los últimos 14 días, independiente del país de origen?.	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

RUT del Paciente \_\_\_\_\_

Nombre Representante Legal \_\_\_\_\_  
(si corresponde)

RUT del Representante Legal \_\_\_\_\_

Firma del Paciente o  
Representante Legal (si corresponde)