|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del visitante: |  | Fecha: |  |
| Edad: |  | Sexo: |  |
| Empresa / Organización: |  | Nombre de la persona que recibe: |  |
| Razón de la visita: |
| Autodeclaración del visitante |
| 1 | ¿Padece de alguna enfermedad crónica no contagiosa?(Diabetes, hipertensión, anemia, enfermedades cardiovasculares y/u obesidad mórbida) | [ ] Sí | [ ] No |
| 2 | ¿Has visitado algunos de los países más afectados por el COVID-19 durante el último mes?(China, España, Italia, Estados Unidos, Corea del Sur) | [ ] Sí | [ ] No |
| 3 | ¿Ha tenido contacto con alguien que ha sido diagnósticado con COVID-19 durante los últimos 14 días? | [ ] Sí | [ ] No |
| 4 | ¿Actualmente, presenta algúno de los siguientes síntomas? |  |  |
| 5 | Tos seca | [ ] Sí | [ ] No |
| 6 | Dolor muscular o articular | [ ] Sí | [ ] No |
| 7 | Dificultad para respirar | [ ] Sí | [ ] No |
| 8 | Fiebre (mayor a 38°) | [ ] Sí | [ ] No |
| 9 | Dolor de garganta | [ ] Sí | [ ] No |
| 10 | Dolor de cabeza | [ ] Sí | [ ] No |
| 11 | ¿Ha viajado en avión, tren o transporte público en los últimos 14 días? | [ ] Sí | [ ] No |
| Manifiesto que la información indicada en la presente Autodeclaración es verídicaFirma del visitante |

**AUTODECLARACIÓN**

**DE VISITANTE**