|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 verídica  Firma del visitante | | | | | | |

**AUTODECLARACIÓN**

**DE VISITANTE**