

**ENCUESTA COVID 19 PARA CLIENTES**

|                              |  |                  |  |
|------------------------------|--|------------------|--|
| <b>FECHA DE REALIZACIÓN:</b> |  |                  |  |
| <b>APELLIDOS:</b>            |  | <b>NOMBRES:</b>  |  |
| <b>CÉDULA:</b>               |  | <b>TELÉFONO:</b> |  |
| <b>CARGO:</b>                |  |                  |  |

**DATOS DE LA EMPRESA/CLIENTE**

|                                      |  |                           |  |
|--------------------------------------|--|---------------------------|--|
| <b>NOMBRE DE LA EMPRESA/CLIENTE:</b> |  | <b>RUC/C.I.:</b>          |  |
| <b>CIUDAD:</b>                       |  | <b>EMAIL DE CONTACTO:</b> |  |
| <b>TELÉFONO FIJO:</b>                |  | <b>TELÉFONO CELULAR:</b>  |  |

**ENCUESTA DIRIGIDA AL PROCESO DE IDENTIFICACIÓN DE POSIBLES CASOS DE COVID-19.**
**PREGUNTA**

|   | SI | NO |
|---|----|----|
| ¿Has realizado algún viaje Internacional en los últimos 14 días, en especial a los siguientes países: China, EE. UU., Europa, Corea del Sur, Italia, Japón? |    |    |
| Si la respuesta anterior es sí, mencione a qué país   |    |    |
| ¿Ha realizado algún viaje nacional en los últimos 14 días?  |    |    |
| Si la respuesta anterior es sí, mencione a qué lugar (provincia, cantón, etc.)  |    |    |
| ¿Presenta usted algún signo o síntoma (especialmente respiratorio)?   |    |    |
| Si la respuesta anterior es sí, mencione cuál o cuáles.   |    |    |
| ¿Presentó usted algún síntoma en los últimos 7 días?  |    |    |
| Si la respuesta anterior es sí, mencione cuál o cuáles.   |    |    |
| ¿Ha acudido a un médico en los últimos 7 días?  |    |    |
| ¿Usted tuvo Covid-19?   |    |    |
| ¿Si la respuesta anterior es sí, mencione cuándo?   |    |    |
| ¿Cree que ha estado expuesto a personas con síntomas respiratorios infecciosos en general o de virus Covid 19?  |    |    |
| ¿Si la respuesta anterior es sí, mencione cuándo y por qué?   |    |    |
| ¿Alguna de las personas con las que vive temporal o no, ha sido diagnosticada de Covid 19?  |    |    |
| Si la respuesta anterior es sí, mencione el parentesco.   |    |    |
| ¿En los últimos 14 días a recibido en su domicilio a un familiar, algún amigo o conocido de otro país?  |    |    |
| Si la respuesta anterior es sí, mencione de qué país viene.   |    |    |
| ¿Ha visitado lugares concurridos en los últimos 14 días?  |    |    |
| Si la respuesta anterior es sí, mencione cuáles.  |    |    |
| ¿Ha adoptado medidas de protección de bioseguridad al salir de su domicilio?  |    |    |
| Si la respuesta anterior es sí, mencione cuáles.  |    |    |

**Certifico que toda la información incluida en este formulario es verdadera y en caso de falsedad de algún dato, acepto las sanciones que la empresa determine según su reglamento interno o lo que indiquen las leyes vigentes.**

\_\_\_\_\_  
Firma de Empresa/Cliente