



## Cuestionario de auto reporte de estado de salud

### Datos generales

Fecha de aplicación:	
Nombre:	
Edad:	
Número de trabajador:	
RFC:	
Cargo:	
Número telefónico:	
Nombre y número telefónico de un contacto de emergencia:	

### Síntomas que presenta asociado a su malestar actual (marque con una "X")

Dolor de cabeza	( )
Fiebre	( )
Dolor de articulaciones	( )
Diarrea	( )
Debilidad o cansancio	( )
Tos/estornudos	( )
Dolor generalizado	( )
Dificultad para respirar	( )
Pérdida del sentido olfato o del gusto	( )
Presión alta o baja	( )
Nivel de glucosa anormal	( )
Pérdida de la conciencia	( )
Náuseas y/o vómito	( )
Mareo	( )
Otro (indicar cuál): _____	( )

### Conteste lo siguiente

¿Ha tenido contacto con personas confirmadas con Covid-19?	
En caso afirmativo, ¿se realizó una prueba de Covid-19?	
Fecha de resultado negativo:	
¿Ha tenido resultado positivo de una prueba Covid-19?	

### Si la respuesta anterior fue positiva, responda lo siguiente:

Fecha de confirmación	
Posible lugar de contagio	



**DIRECCIÓN GENERAL DE PUBLICACIONES Y FOMENTO EDITORIAL**  
**UNIDAD ADMINISTRATIVA**  
**AUTO-REPORTE DE ESTADO DE SALUD DE LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA**

¿Pertenece a un grupo vulnerable?	
En caso afirmativo, indicar que grupo vulnerable: diabetes ( ), tabaquismo ( ), enfermedad respiratoria ( ), hipertensión ( ), enfermedad hepática ( ), obesidad ( ), enfermedad cardíaca ( ), insuficiencia renal ( ), embarazo ( ), cáncer ( ), enfermedad cardíaca ( ), otro ( )	
Acciones tomadas: acudió a institución de salud ( ), se quedó en casa ( ), se retiró del trabajo ( ), otro ( ):	
Área donde presta sus servicios: oficina individual ( ), oficina compartida ( ), lugares abiertos ( ), almacén ( ), librería ( ), otro ( )	
¿Ya ha sido dado de alta de Covid-19?	
En caso afirmativo, indicar la fecha de la prueba con resultado negativo.	

Declaro bajo protesta de decir verdad y bajo mi responsabilidad que me encuentro en la condición señalada y otorgo mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales de Acuerdo con el Aviso de Privacidad que se puede consultar en el sitio web: [https://www.cseguimentocovid19.unam.mx/Docs/AVISO\\_DE\\_PRIVACIDAD\\_SIMPLIFICADO\\_COMITE\\_V2.pdf](https://www.cseguimentocovid19.unam.mx/Docs/AVISO_DE_PRIVACIDAD_SIMPLIFICADO_COMITE_V2.pdf)

Este cuestionario deberá ser entregado físicamente al Mtro. David Gómez Gaytán, Responsable Sanitario de la DGPFE, o en su caso enviarlo firmado, por correo electrónico a: [david.gomez@libros.unam.mx](mailto:david.gomez@libros.unam.mx) con copia a [enava@libros.unam.mx](mailto:enava@libros.unam.mx).

\_\_\_\_\_  
Firma

Espacio para ser llenado por la Unidad Administrativa

**Acciones y comentarios del Responsable Sanitario de la DGPFE**

---



---



---



---



---



---



---



---