

ENCUESTA COVID-19 CLINICA BUPA SANTIAGO
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 Santiago 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 X en cada pregunta, según corresponda:

¿Ha sido diagnosticado con Covid-19 los últimos 28 días?	SI		NO	
¿Se ha realizado el examen PCR-Covid19 los últimos 28 días y desconoce su resultado o este fue NO concluyente?	SI		NO	
¿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		NO	
¿Ha brindado atención directa SIN el equipo de protección personal (EPP) 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		NO	
¿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:				
<ul style="list-style-type: none"> Haber mantenido más de 15 minutos de contacto cara a cara con el caso confirmado, a menos de un metro. 	SI		NO	
<ul style="list-style-type: none"> Haber compartido un espacio cerrado por 2 horas o más con el caso confirmado, en lugares como: oficina, trabajos, reuniones, colegios. 	SI		NO	
<ul style="list-style-type: none"> 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		NO	
<ul style="list-style-type: none"> Haberse trasladado en cualquier medio de transporte cerrado con el caso confirmado a una proximidad menor de un metro 	SI		NO	
¿Es usted un viajero proveniente del extranjero, en los últimos 14 días, independiente del país de origen?	SI		NO	

Nombre del Paciente	
RUT del Paciente	
Nombre Representante Legal (si corresponde)	
RUT del Representante Legal	
Firma del Paciente o Representante Legal (si corresponde)	
Fecha	