



Datos Básicos	
Nombre	
Apellido	
Segunda Inicial	
Edad / Unidad de la Edad	
Condado de Residencia	
Estado de Residencia	

Datos de la Enfermedad

- ¿Cuándo se hizo la prueba de la COVID-19? _____/_____/_____
- ¿Tiene (o ha tenido) algún síntoma de la COVID-19? Sí No
- ¿Qué día comenzaron sus síntomas? _____/_____/_____
- ¿Tuvo fiebre durante su enfermedad? Sí No
- ¿Tuvo tos durante su enfermedad? Sí No
- ¿Tuvo dificultad para respirar durante su enfermedad? Sí No
- ¿Tuvo náusea o vómitos durante su enfermedad? Sí No
- ¿Perdió el sentido del gusto o del olfato durante su enfermedad? Sí No
- ¿Padece de algún problema de salud? Sí No

Datos Sobre su Exposición

Personas - Durante los 14 días antes de que se enfermara (o, si nunca tuvo síntomas, los 14 días antes de hacerse la prueba de la COVID-19) ...

- ¿Estuvo cerca de una persona con COVID-19? Sí No
- ¿Qué tipo de contacto tuvo?
 - Contacto en el hogar
 - Contacto en la comunidad
 - Contacto en un entorno médico (paciente, visitante o profesional de la salud)

Lugar de Trabajo - Durante los 14 días antes de que se enfermara (o, si nunca tuvo síntomas, los 14 días antes de hacerse la prueba de la COVID-19) ...

- ¿Era usted un profesional de la salud o trabajaba en un entorno médico? Sí No
- ¿Asistió a su lugar de trabajo? Sí No
- ¿Se considera su lugar de trabajo como infraestructura crítica? Sí No

La infraestructura crítica se refiere a los servicios médicos y salud pública, servicios de emergencia, alimentos y agricultura (inclusive las tiendas de alimentos y los restaurantes), gobierno, comunicaciones, industria química, manufactura crítica, instalaciones comerciales, represas, defensa, energía, financiera, reactores/materiales/desechos nucleares, informática, sector de agua y sistemas de transporte.

Favor de indicar su lugar de trabajo: _____

Viajes - Durante los 14 días antes de que se enfermara (o, si nunca tuvo síntomas, los 14 días antes de hacerse la prueba de la COVID-19) ...

¿Viajó dentro de los Estados Unidos? (Esto incluye viajes fuera de su rutina normal.) Sí No

¿A cuáles estados viajó? _____

¿Viajó fuera de los Estados Unidos? Sí No

¿A cuáles países viajó? _____

¿Viajó en crucero o alguna otra embarcación como pasajero o miembro de la tripulación? Sí No

¿Cuál es el nombre de la embarcación? _____

¿Viajó en avión o visitó un aeropuerto? Sí No

Lugares/instalaciones - Durante los 14 días antes de que se enfermara (o, si nunca tuvo síntomas, los 14 días antes de hacerse la prueba de la COVID-19) ...

¿Vivió o estuvo en una instalación de asistencia institucional para adultos, como los asilos de ancianos, las viviendas asistidas o las instalaciones de atención a enfermos crónicos? Sí No

¿Estuvo en alguna escuela, guardería infantil o universidad? Sí No

¿Estuvo en algún centro penitenciario como una cárcel o prisión? Sí No

¿Estuvo en algún sitio o evento comunitario como alguna reunión religiosa, restaurante, bar, concierto o parque? Sí No

Datos Adicionales

¿Cuál es su sexo? Masculino Femenino Otro

¿Está embarazada? Sí No

¿Cuál es su raza? Negra Blanca Asiática Indígena norteamericana o de Alaska
 De Hawái o de otras islas del Pacífico Otra

De ser "otra", favor de indicar: _____

¿Cuál es su etnia? Hispana No hispana

¿Pertenece a una tribu indígena? Sí No **Nombre de la tribu:** _____

¿Está inscrito/a como miembro? Sí No

¿Cuál es su teléfono? _____

Rastreo de Contactos

¿Quiénes fueron sus contactos cercanos? - Desde los 2 días antes de que usted mostrara síntomas (o 2 días antes de la fecha de su prueba si no tenía síntomas) hasta el momento en el cual se aisló...

¿Vivía con otras personas? Sí No

¿Trabajó en un espacio compartido con otras personas? Sí No
(oficina, instalación, fábrica, lugar de trabajo, escuela, etc.)

¿Cuál es el nombre de su lugar de trabajo u organización? _____

¿Cuál es el número de teléfono de su lugar de trabajo u organización? _____

¿Asistió a alguna reunión o evento de más de 10 personas? Sí No
(por ej. alguna fiesta, boda, funeral, evento religioso o espiritual, campamento, etc.)

¿Qué tipo de evento? Fiesta Funeral Boda Evento religioso o espiritual Campamento Otro
De ser "otro", favor de indicar: _____

¿Cuál es el nombre del coordinador o líder del evento? _____

¿Cuál es el número de teléfono del coordinador o líder del evento? _____

¿Estuvo en algún centro de salud u hogar de ancianos? Sí No
(sin incluir el momento en que hizo la prueba)

¿Cuál es el nombre de la instalación? _____

¿Cuál es el número de teléfono de la instalación? _____

Lista de Contactos Cercanos

Contacto Uno	
Nombre del contacto:	
Apellido del contacto:	
Teléfono del contacto:	
¿Vive usted con esta persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál fue la fecha más reciente en la cual vio a esta persona durante su periodo de contagio?	
Contacto Dos	
Nombre del contacto:	
Apellido del contacto:	
Teléfono del contacto:	
¿Vive usted con esta persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál fue la fecha más reciente en la cual vio a esta persona durante su periodo de contagio?	
Contacto Tres	
Nombre del contacto:	
Apellido del contacto:	
Teléfono del contacto:	
¿Vive usted con esta persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál fue la fecha más reciente en la cual vio a esta persona durante su periodo de contagio?	

Contacto Cuatro	
Nombre del contacto:	
Apellido del contacto:	
Teléfono del contacto:	
¿Vive usted con esta persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál fue la fecha más reciente en la cual vio a esta persona durante su periodo de contagio?	
Contacto Cinco	
Nombre del contacto:	
Apellido del contacto:	
Teléfono del contacto:	
¿Vive usted con esta persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál fue la fecha más reciente en la cual vio a esta persona durante su periodo de contagio?	
Contacto Seis	
Nombre del contacto:	
Apellido del contacto:	
Teléfono del contacto:	
¿Vive usted con esta persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál fue la fecha más reciente en la cual vio a esta persona durante su periodo de contagio?	