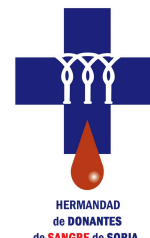


ENCUESTA PROVINCIAL COVID19 y GRUPOS SANGUÍNEOS



La siguiente encuesta está dirigida EXCLUSIVAMENTE a quienes han sido diagnosticados de COVID-19 por medio de un test de antígenos o de una PCR

Sexo: HOMBRE MUJER OTRO

Edad: _____ años

Localidad de residencia: _____

GRUPO SANGUÍNEO y RH:

A B AB O

RH: POSITIVO NEGATIVO

PADECE Hipertensión Diabetes Patología Cardiovascular

Otra Patología Crónica _____

¿Se le ha realizado test de anticuerpos / Antígenos (serología)? Test rápido Elisa

Resultado del test: IgG positivo IgG negativo IgM positivo IgM negativo

Resultado del test de antígenos: Positivo Negativo No se me ha realizado test de antígenos

Resultado de la PCR: Positivo Negativo No se me ha realizado PCR

Indique las veces que fue positivo: 1 2 3 4 o más

¿Ha mostrado síntomas de la COVID-19? Si No

Ha padecido la enfermedad: En el domicilio Con ingreso hospitalario

DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD: N° de días N° de semanas

INDIQUE LA INTENSIDAD CON LA QUE SE HAN MANIFESTADO LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS (en caso de algún síntoma que no haya padecido déjese en blanco):

| PRINCIPALES SINTOMAS Y SIGNOS | INTENSIDAD | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | BAJA | MODERADA | ALTA |
| CANSANCIO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DOLOR DE CABEZA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| FIEBRE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DOLOR DE PIERNAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DOLOR DE GARGANTA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PERDIDA DEL GUSTO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PERDIDA DEL OLFATO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PÉRDIDA DE APETITO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PÉRDIDA DE PESO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| RESPIRACIÓN DIFÍCULTOSA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| LENGUA SABURRAL / LENGUA SUCIA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Última fecha de recepción de encuestas: 31 de marzo de 2021

Muchas Gracias por su colaboración en beneficio de la Sociedad

José Luis Molina Medina

Dr. Juan Manuel Ruiz Liso

Pte Hermandad Donantes de Soria

Director Fundación Científica Caja Rural

ENCUESTA PROVINCIAL COVID19 y GRUPOS SANGUÍNEOS



También anónimamente a Covid19.fccr@gmail.com. O bien entregarlo en cualquier oficina de Caja Rural de Soria o enviarlo por correo ordinario a: Fundación Científica Caja Rural de Soria, c/ Diputación 1. 42002 Soria.