

ANEXO 1. Cuestionario entrevistas telefónicas:

1. ID: _____

Fecha: ____/____/____

Fecha inicio síntomas:

Fecha primera consulta en urgencias:

Fecha ingreso hospitalario y alta:

Tratamiento actual domiciliario:

FIEBRE	SI	NO	Inicio (_ / _ / _), Fin (_ / _ / _)
RINORREA	SI	NO	Inicio (_ / _ / _), Fin (_ / _ / _)
DOLOR DE GARGANTA	SI	NO	Inicio (_ / _ / _), Fin (_ / _ / _)
TOS	SI	NO	Inicio (_ / _ / _), Fin (_ / _ / _)
DISNEA	SI	NO	Inicio (_ / _ / _), Fin (_ / _ / _)
DIARREA	SI	NO	Inicio (_ / _ / _), Fin (_ / _ / _)
VÓMITOS	SI	NO	Inicio (_ / _ / _), Fin (_ / _ / _)
DOLOR ABDOMINAL	SI	NO	Inicio (_ / _ / _), Fin (_ / _ / _)
CEFALEA	SI	NO	Inicio (_ / _ / _), Fin (_ / _ / _)
PÉRDIDA OLFATO/GUSTO	SI	NO	Inicio (_ / _ / _), Fin (_ / _ / _)
ASTENIA	SI	NO	Inicio (_ / _ / _), Fin (_ / _ / _)
MIALGIAS	SI	NO	Inicio (_ / _ / _), Fin (_ / _ / _)
EXANTEMA	SI	NO	Inicio (_ / _ / _), Fin (_ / _ / _)
OTROS (especificar: _____)			Inicio (_ / _ / _), Fin (_ / _ / _)

OTROS COMENTARIOS:

RECOMENDACIÓN: