



Compañía de Seguros, S.A.

CUESTIONARIO COVID-19 VERSION IV

Cédula Jurídica 3-101-593961
Teléfono: (506) 2503-2772 · Fax: (506) 2503-2797
www.assanet.cr · servicio@assanet.com

Pozos de Santa Ana, Fórum 1,
Edificio F, San José, Costa Rica.
Apartado 46-6155

Favor completar para propósitos de Suscripción como complemento a la Solicitud de Seguros presentada.

1. DATOS GENERALES

Nombre del Solicitante:	Fecha de completado el cuestionario:		
	Día	Mes	Año

2. CUESTIONARIO

1. ¿Durante los últimos 15 días ha presentado alguno de los siguientes síntomas?:

Fiebre	Dolor de Garganta	Diarrea	Perdida del olfato
Escalofríos	Fatiga	Debilidad General	Perdida de Gusto
Mialgias	Congestión Nasal	Tos de Inicio Reciente	Dificultad Respiratoria
Dolor de Cabeza	Nauseas	Falta de Aire	Dolor de articulaciones

2. Se ha realizado la prueba del hisopado nasal? Sí No Indicar el resultado: Positivo Negativo

3. Indique la fecha cuando se le diagnosticó positivo por Covid-19: día _____ mes _____ año _____ N/A

4. ¿Ha estado usted en contacto con un caso (persona) sospechoso, probable o positivo por COVID-19, en los últimos 15 días?

Sí No No estoy seguro (a) Si la respuesta es afirmativa, favor detallar la fecha del primer contacto: día _____ mes _____ año _____

5. ¿Ha estado hospitalizado (a) por COVID-19? Sí No

6. Indique si en habitación normal o en la unidad de cuidados intensivos? HN UCI N/A

7. ¿Tiene o ha tenido usted:

- Enfermedades crónicas del corazón
- Cáncer (cualquier tipo)
- Enfermedades pulmonares
- Tratamiento con inmunosupresores
- Es fumador (a)
- Otros (especifique) _____

8. ¿Está usted vacunado (a) contra el COVID-19? Sí No

9. Fecha y nombre de las vacunas aplicadas (según corresponda):

Fecha I _____ Vacuna _____

Fecha II _____ Vacuna _____

Fecha III _____ Vacuna _____

Fecha IV _____ Vacuna _____

Certifico que la información antes mencionada es correcta.

Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, corredores de seguros y/o otras Compañías de Seguro a revelar a ASSA Compañía de Seguros, S.A. información y documentación del expediente clínico y/o cuadrícula médica mía y/o de mis dependientes.

Firma