

### 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: