

## 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: