BMI COMPAÑÍA DE SEGUROS DE GUATEMALA S.A.

Cuestionario de Recuperación de COVID-19

NOMBRE DEL PROPUESTO ASEGURADO

1. ¿En que fecha fue diagnosticado con el virus SARS-CoV-2/COVID-19? _____

2. ¿Que tipo de prueba se utilizó para hacer el diagnóstico? (Por favor circule uno)

   a) rt-PCR (generalmente realizada con un hisopo nasal y de garganta)
   b) Anticuerpos (generalmente realizada con un pinchazo en el dedo o un análisis de sangre)
   c) No sé

3. ¿Recibió un informe impreso o electrónico con el resultado de la prueba? En caso afirmativo, incluya una copia con este cuestionario. Si ☐ No ☐

4. ¿Por qué se hizo la prueba del COVID-19? (Por favor circule uno)

   a) Tenía síntomas/estaba enfermo
   b) Estuve expuesto a alguien que había tenido COVID-19, pero no tuve síntomas
   c) Como parte de un programa general de detección/prueba, pero no tuve síntomas
   d) Otro (por favor indique detalles)

   _____

   _____

5. ¿En algún momento requirió ingreso en el hospital para observación, cuarentena o tratamiento de COVID-19? Si ☐ No ☐

   Si afirmativo, por favor responda las siguientes preguntas:

   a) ¿La admisión fue solo para fines de observación o cuarentena y en ningún momento tuvo síntomas y/o requirió tratamiento? Si ☐ No ☐
   b) Fecha de admisión _____ Fecha cuando le dieron de alta _____
   c) ¿Requirió tratamiento en la unidad de cuidados intensivos (UCI)? Si ☐ No ☐
   d) ¿Necesitó de una máquina para ayudarle a respirar? Si ☐ No ☐
   e) ¿Qué complicaciones experimentó, como problemas pulmonares (respiratorios), renales, hepáticos o cardíacos relacionados por la infección COVID-19? (Por favor de detalles).

      _____

      _____

      _____

6. ¿Qué síntomas tiene en este momento?

   a) Fatiga o pérdida de energía Si ☐ No ☐

b) Dificultad en la concentración Si ☐ No ☐

c) Fiebre Si ☐ No ☐

d) Tos Si ☐ No ☐

e) Malestar corporal Si ☐ No ☐

f) Dolor de cabeza Si ☐ No ☐

g) Dificultad para respirar Si ☐ No ☐

h) Depresión Si ☐ No ☐

i) Sin síntomas Si ☐ No ☐

7. Fecha en la que experimentó una recuperación completa: _____

8. ¿Tiene alguna cita o prueba de seguimiento pendiente o recomendada relacionada con su diagnóstico COVID-19? Si ☐ No ☐

   Si afirmativo, por favor indique las fechas y pruebas:

   _____

   _____

9. Si está empleado, ¿ha sido certificado para volver a trabajar sin restricciones y con plena capacidad?
   Si ☐ No ☐

   Si no, por favor proporcione detalles:

   _____

   _____

_____ _____

Firma del propuesto asegurado

Firma del pagador de póliza
(si no es el asegurado propuesto)

_____

Firma del testigo

_____

Fecha (MM/DD/AAAA)