



Anexo 2

TEST DE PRESUNCIÓN DIAGNOSTICA PARA EL PERSONAL UNIVERSITARIO Y ALUMNOS

Por favor responda la siguiente encuesta, la que redundará en su beneficio y de la UNNE. **Si contesta afirmativamente tres o más de las siguientes preguntas, es indispensable que se dirija lo mas pronto posible al Servicio Médico de la UNNE.** (Los alumnos serán atendidos en el Departamento de Salud de la Secretaría Gral. de Asuntos Sociales, y los Docentes y No Docentes, en el edificio de ISSUNNE)

En los últimos 5 días usted tuvo:

Síntomas y/o signos clínicos	Si	No
1.1 Fiebre superior a 38° C		
1.2 Cefaleas (dolor de cabeza)		
1.3 Rinorrea (secreción nasal)		
1.4 Tos		
1.5 Dificultad respiratoria		
1.6 Mialgias y/o artralgias (dolor en músculos o articulaciones)		
1.7 Náuseas (sensación de intolerancia gástrica)		
1.8 Vómitos		
1.9 Diarreas		

Nombre:

Apellido:

Documento:

Domicilio:

Teléfono:

E-mail:

* Personal Universitario: Cargo o categoría:

Alumno de año (Plan) Cátedra/s

Facultad o Instituto:

*incluye becarios, tesistas y personal temporario.

Te recomendamos socializar este Test con tu familia y amigos. Visita la página
<http://www.unne.edu.ar/influenza>
