

Nº de identificação do cliente: _____

Data de preenchimento: _____

SUPLEMENTO DE COVID-19

PREENCHIDO POR CLIENTES OU PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- 1. Desde a última avaliação, você já testou positivo para a COVID-19 (seja através de um autoteste ou de um teste administrado por outra pessoa)?**
 - Sim
 - Não
 - Não sei
- 2. Desde a última avaliação, você recebeu a vacina contra a COVID-19?**
 - Sim, recebi uma ou ambas as doses da vacina contra a COVID-19
 - Não
 - Não sei
- 3. Desde a última avaliação, você recebeu a dose de reforço contra a COVID-19?**
 - Não, não recebi nenhuma dose de reforço contra a COVID-19
 - Sim, recebi uma ou mais doses de reforço contra a COVID-19
 - Não sei