



CUESTIONARIO DE SALUD INCORPORACIÓN TRABAJADORES/AS (COVID-19)

Nombre Apellidos
Fecha de nacimiento Edad

LUGAR DE RESIDENCIA

Dirección CP
Municipio Isla País
Correo electrónico Teléf.

DATOS DE LA EMPRESA

Dirección CP
Municipio Isla País

INFORMACIÓN CLÍNICA

	N/S	No	Sí
Presenta síntomas (especialment febre, tos, dificultat respiratori) compatibles amb COVID 19			
¿Ha presentado síntomas (especialmente fiebre, tos, dificultad respiratoria) compatibles con el COVID 19 los últimos 14 días?			
¿Ha tenido contacto cercano de alguna persona positivo al Sars.cov.2 los últimos 14 días?			
¿Le han hecho alguna prueba de diagnóstico por COVID 19 los últimos 14 días?			

OBSERVACIONES

Declaro, bajo mi responsabilidad, la veracidad de los datos proporcionados.

Fecha y **signatura:** _____

Fecha y **signatura:** _____