



## LA VUELTA AL TRABAJO Y EL CORONAVIRUS (COVID-19)



PREPARANDO LA REINCORPORACIÓN AL TRABAJO, CON EL ÚNICO FÍN DE PROTEGER A TODOS NUESTROS TRABAJADORES FRENTE A ESTA ENFERMEDAD (COVID-19), NOS GUSTARÍA QUE **CONTESTE A ESTAS PREGUNTAS, DE FORMA VOLUNTARIA**. LOS DATOS QUEDARÁN EN PODER DEL ÁREA DE VIGILANCIA DE LA SALUD DEL CENTRO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y SERÁN TOTALMENTE CONFIDENCIALES Y DEBIDAMENTE CUSTODIADOS CONFORME A LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS. **SI CREE ENCONTRARSE CON SÍNTOMAS DE COVID-19 RECUERDE AVISAR A SU SUPERIOR Y NO ACUDIR AL TRABAJO ENFERMO, DEBEMOS CUIDAR A NUESTROS COMPAÑEROS.**

D.N.I.		TELÉFONO		FECHA	
PROVINCIA		CENTRO DE TRABAJO			

(MARQUE LO QUE CORRESPONDA)

¿CREE HABER ESTADO ENFERMO POR COVID-19?	NO	SI
--	----	----

¿LE HAN HECHO ALGÚN TEST DIAGNÓSTICO? MARQUE SI FUE POSITIVO O NEGATIVO	PCR	(+)	(-)	TEST RÁPIDO	(+)	(-)
---	-----	-----	-----	-------------	-----	-----

¿ALGÚN FAMILIAR CERCANO HA ESTADO ENFERMO POR COVID-19?	NO	SI
---	----	----

¿HA ESTADO AISLADO/CUARENTENA POR SER CONTACTO ESTRECHO?	NO	SI
--	----	----

MARQUE SI HA PRESENTADO O PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS:		
TEMPERATURA CORPORAL $\geq 37.5$ °	NO	SI
SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE	NO	SI
TOS	NO	SI
DOLOR DE GARGANTA	NO	SI
CEFALEA (DOLOR DE CABEZA)	NO	SI
DOLOR MUSCULAR Y/O ARTICULAR GENERALIZADO	NO	SI
PÉRDIDA DE OLFATO Y GUSTO	NO	SI
DIARREA Y/O VÓMITOS	NO	SI

MARQUE SI PRESENTA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O SITUACIONES:		
DIABETES	NO	SI
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR / HIPERTENSIÓN ARTERIAL	NO	SI
INMUNODEFICIENCIA (DEFENSAS BAJAS)	NO	SI
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	NO	SI
ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA SEVERA	NO	SI
ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA	NO	SI
CÁNCER EN TRATAMIENTO ACTIVO	NO	SI
OBESIDAD MÓRBIDA (IMC>40)	NO	SI
MAYOR DE 60 AÑOS	NO	SI
EMBARAZO	NO	SI

ENVIAR