FORMULARIO FECHA:

DATOS PERSONALES DEL CIUDADANO

DNI _____

NOMBRE _____

APELLIDOS _____

NACIONALIDAD _____

DATOS DE CONTACTO DEL CIUDADANO

CORREO ELECTRÓNICO_____

TELEFONO:

FIJO _____

MÓVIL _____

PROCEDENCIA: _____

1.- ¿HA REALIZADO UN VIAJE EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS? En caso afirmativo indique el lugar**.**

_____
_____
_____
_____
_____
_____

2.- SÍNTOMAS. ¿Presenta o ha presentado durante los últimos 14 días, cualquiera de estos síntomas? (Marque con una "X")

a-Fiebre

b- Falta de respiración o dificultad en respirar

c- Escalofríos, temblores con escalofríos

d- Tos

e- Molestia intestinal, fatiga o Diarrea

f- Dolor de garganta

g- Dolor de cabeza

h- Dolor muscular

i- Pérdida reciente de sabor u olor.

3.- CONTACTO: ¿Ha estado en contacto con alguien positivo por COVID-19, o sospechoso de padecer la enfermedad, en los últimos 14 días?

En caso afirmativo, explique con quién se puso en contacto, dónde y por qué se puso en contacto con esa persona.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

El abajo firmante certifica la veracidad de la información contenida en este cuestionario y se compromete a mantener las medidas preventivas previstas durante el desarrollo de la convocatoria.

Firma:

Fecha: