|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LOGO NUEVO SIN FONDO | CENTRO LABORAL LAMASTELLECentro Ocupacional y Centro de DíaServicio Laboral-Ocupacional y de Apoyo Personal y Social a Personas con Discapacidad Intelectual | **ENCUESTA CLINICO-EPIDEMIOLOGICA Y DECLARACIÓN RESPONSABLE**en proceso DESESCALADA COVID-19**Anexo 1** |
| Av. Rosalia de Castro, 12 C. P. 15173-OleirosTfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93e-mail: lamastelle@aspronaga.netWeb corporativa: aspronaga.net |
|  |  |  |  |
| PRESENTOU NAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS ? | SI | NON |
| SINTOMAS RESPIRATORIOS | FEBRE MAIOR DE 37,5ºC |   |   |
| TOSE SECA |   |   |
| DIFICULTADE RESPIRATORIA |   |   |
| OUTROS SINTOMAS | FATIGA SEVERA (CANSAZO) |   |   |
| DOR MUSCULAR |   |   |
| FALTA DE OLFATO |   |   |
| FALTA DE GUSTO |   |   |
| DIARREA |   |   |
| EXISTE ALGÚN MOTIVO QUE XUSTIFIQUE OS SÍNTOMAS POR PARTE DO PACIENTE? |   |   |
|  |  |  |  |
| SE ALGÚN SINTOMA (SEN OUTRA XUSTIFICACIÓN): |  |  |
|  |  |  |  |
| TEN ACTUALMENTE SÍNTOMAS? SI/NON |  |  |
|  |  |  |  |
|   | SI | NON |
| TIVO CONTACTO NAS ÚLTIMAS 3 SEMANAS? | CUNHA PERSOA COVID-19 + CONFIRMADO? |   |   |
| CUNHA PERSOA EN ILLAMENTO POR SOSPEITA DE INFECCIÓN POLA COVID-19 ? |   |   |
| CONVIVIU NAS ULTIMAS 3 SEMANAS? | CUNHA PERSOA COVID-19 + CONFIRMADO? |   |   |
| CUNHA PERSOA EN ILLAMENTO POR SOSPEITA DE INFECCIÓN POLA COVID-19 ? |   |   |

**DECLARACIÓN RESPONSABLE:**

D / Dª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y/o en su nombre su\_\_\_\_\_\_\_\_o tutor D / Dª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que los datos arriba recogidos son ciertos, y así los ponemos en conocimiento del Centro Lamastelle de ASPRONAGA, con el fin de ingresar en ese servicio. Para que así conste, firmo la presente a fecha ................... de ................................................ de 2020.

Firma D / Dª Firma D / Dª