



II. CUESTIONARIO DE SALUD ASPIRANTE LLAMAMIENTO PÚBLICO SAMU 061 BALEARES. ENFERMERÍA DE URGENCIAS AP. COVID19

Nombre y apellidos:

.....

N.º DNI/NIF/NIE: Edad:..... Dirección electrónica:

.....

Teléfono de contacto:

INFORMACIÓN CLÍNICA

	Sí	No
¿Ha tomado algún medicamento para la fiebre durante las últimas 24 horas?		
Dificultad respiratoria		
Fiebre		
Tos		
Otros síntomas sospechosos de infección por SARS-CoV-2: dolor de garganta al tragar, pérdida del sentido del gusto, pérdida del sentido del olfato, dolores musculares, diarreas, dolor torácico o cefaleas, entre otros.		

HA REALIZADO ALGÚN VIAJE A OTRA CCAA/ PAÍS en los últimos 14 días. SI NO

Sí es así indique el lugar:

.....

.....

OBSERVACIONES

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

Fecha y firma: _____

Información sobre protección de datos personales. De acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y la legislación vigente en materia de protección de datos, se informa del tratamiento de los datos personales que contiene este cuestionario. **Finalidad del tratamiento.** Seguimiento de actuaciones para garantizar el control y la seguridad de la población, en relación con el Real decreto 464/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el covid-19..