

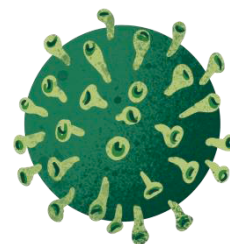
## ANEXO VII

### Cuestionario de salud de incorporación de las personas trabajadoras (COVID -19)



G CONSELLERIA  
O SALUT I CONSUM

I  
B



### CUESTIONARIO DE SALUD DE INCORPORACIÓN DE LAS PERSONAS TRABAJADORAS (COVID-19)

Nombre y apellidos: ..... Núm. DNI /NIF/NIE: .....

Fecha de nacimiento: ..... Edad: .....

Correo electrónico: ..... Número de teléfono: .....

#### DOMICILIO

Dirección: .....

Municipio: ..... Código postal: .....

Isla: ..... País:.....

#### DATOS DE LA EMPRESA

Razón social: ..... CIF: .....

Dirección: .....

Municipio: ..... Código postal: .....

Isla: ..... País: .....

#### INFORMACIÓN CLÍNICA

	SÍ	NO
Ha presentado síntomas compatibles con el COVID-19 (especialmente fiebre, tos o dificultad para respirar) los últimos 14 días?		
Ha tenido contacto estrecho * con alguna persona positiva por COVID-19 los últimos 14 días?		
Le han hecho alguna prueba de diagnóstico por COVID-19 los últimos 14 días?		

\* Se considera contacto estrecho a toda persona que haya tenido contacto con una persona positiva por el COVID-19 desde 48 h antes del inicio de síntomas (o del diagnóstico en casos asintomáticos) hasta el momento en que el caso haya sido aislado y que:

- Haya proporcionado cuidados a una persona positiva por COVID-19: personal sanitario o sociosanitario que no ha usado las medidas de protección adecuadas, miembros familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar.
- Haya estado en el mismo lugar que un caso, a una distancia menor de 2 metros (ej. convivientes, visitas) y durante más de 15 minutos.
- Haya viajado en un avión, tren u otro medio de transporte terrestre a lo largo del recorrido (siempre que se pueda identificar el acceso de los viajeros) en un radio de dos asientos alrededor de la persona positiva por COVID-19, así como la tripulación que haya tenido contacto con ella.

## OBSERVACIONES

--

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

Fecha y firma: \_\_\_\_\_

## NOTA INFORMATIVA EN RELACIÓN AL CUESTIONARIO

1. Este cuestionario debe ser cumplimentado y firmado por el/la trabajador/a.
2. De existir dificultades para la entrega física en la empresa, el/la trabajador/a podrá tramitar una copia por vía telemática, en un primer momento. Aun así, deberá entregar a la empresa el cuestionario cumplimentado en la mayor brevedad posible.
3. En el caso de que alguna de las 3 respuestas del cuestionario sea "Sí ", el/la trabajador/a debe contactar con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL). La empresa facilitará la forma de contacto. En este caso, el/la trabajador/a no podrá incorporarse al puesto de trabajo hasta disponer del informe que autorice su incorporación firmado por el médico de trabajo del SPRL.
4. La empresa deberá remitir el cuestionario en un plazo no superior a 48 h, garantizando la confidencialidad del mismo, a la Mutua Colaboradora de la Seguridad Social o al SPRL. Únicamente se debe enviar a una de las dos entidades. Si se envía a la Mutua, esta informará al SPRL que tengan contratado.
5. En caso de que la Mutua detecte una respuesta positiva en el cuestionario, deberá informar y enviar una copia del cuestionario al SPRL, en la mayor brevedad posible.
6. El SPRL deberá actuar en función de las respuestas, de acuerdo con el procedimiento establecido.
7. El SPRL o la Mutua comunicará la información que sea requerida por la Dirección General de Salud Pública y Participación o la IBASSAL, y conservará el cuestionario recibido, garantizando su confidencialidad.