



ANEXO 6

CUESTIONARIO DE SALUD INCORPORACIONES TRABAJADORES/AS (Covid-19)

Nombre y apellidos:
N.º DNI / NIE: Edad:
Dirección electrónica: Número teléfono:
DOMICILIO
Dirección:
Municipio: Código postal:
DATOS DE La EMPRESA:
Razón social: CIF:
dirección:
Municipio: Código postal:

INFORMACIÓN CLÍNICA	Sí	No
Ha presentado síntomas compatibles con la Covid-19 (especialmente fiebre, tos o dificultad para respirar) los últimos 14 días?		
Ha tenido contacto estrecho con alguna persona positiva para la 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 para la Covid-19 desde 48h antes del inicio de síntomas (o del diagnóstico en casos asintomáticos) hasta el momento en que el caso haya sido aislada y que:

Haya proporcionado curas a una persona positiva a la Covidien-19: personal sanitario o sociosanitario que no ha empleado 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 en el largo del recorrido (siempre que se pueda identificar el acceso a los viajeros) en un radio de dos asientos alrededor de la persona positiva a la Covid-19, así como la tripulación que haya tenido contacto con él.

OBSERVACIONES

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

Fecha y firma: _____

NOTA INFORMATIVA EN RELACIONES CON EL CUESTIONARIO

1. Este cuestionario tiene que ser rellenado y firmado por el por la trabajador/a.
2. De existir dificultades para super entrega física en la empresa, podrá tramitar una copia por vía telemática, en un primer momento, habiendo el/la trabajador/a de entregar a la empresa el cuestionario rellenado lo mas rápido posible.
3. En el caso de que alguna de las 3 respuestas del cuestionario sea "Sí", el / la trabajador/a tiene que 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 lugar de trabajo, hasta que disponga del informe que autorice la incorporación firmado por el médico de trabajo del SPRL.
4. La empresa tendrá que remitir el cuestionario en un plazo no superior a 48 horas, garantizando la confidencialidad, a la Mutua Colaboradora de la Seguridad Social o al SPRL . Solo se tiene que enviar a una de las dos entidades. De remitir a la Mutua, informará al SPRL que tengan contratado.
5. En el supuesto de que la Mutua detecte una respuesta positiva en el cuestionario tendrá que informar y remitir una copia del cuestionario al SPRL , el mas rápido posible.
6. El SPRL tendrá que actuar en función de las respuestas, de acuerdo en 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.