|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LOGO NUEVO SIN FONDO | | CENTRO LABORAL LAMASTELLE  Centro Ocupacional y Centro de Día  Servicio 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-Oleiros  Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93  e-mail: [lamastelle@aspronaga.net](mailto:lamastelle@aspronaga.net)  Web 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