

NOMBRE	
DNI	

¿ presenta o ha presentado fiebre en los 4 dias previos?	
--	--

¿ presenta o ha presentado tos o cualquier otro signo respiratorio en los 14 dias previos?	
--	--

¿ presenta o ha presentado diarrea o signo digestivo en los 14 dias	
---	--

¿Presenta o ha presentado cansancio,malestar general en los 14 dias previos	
---	--

¿ Presenta o ha presentado perdida de olfato o del sentido del gusto en los 14 dias previos?	
--	--

Ha estado en contacto o conviviendo con alguien sospechoso o confirmado de COVID-19?	
--	--

Si se ha realizado algun tipo de test y este ha dado positivo	
---	--

Esta esperando el resultado de algun test de COVID-19	
---	--

FIRMA	
-------	--