**CUESTIONARIO DE SALUD PARA EL ALUMNADO EN RELACIÓN AL COVID 19**

Este es un cuestionario realizado con la finalidad de detectar sintomatología que pueda suponer un riesgo propio o para la salud pública en relación con la infección por Coronavirus.

**Datos identificativos del alumno (DNI):**

**Nombre y apellidos**

**Teléfono:**

Marque si en las últimas dos semanas ha presentado alguno de los siguientes síntomas o están en algunos de los supuestos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SI | NO | SINTOMAS - RIESGOS |
|  |  | * Fiebre (+37.7ºC)
 |
|  |  | * Escalofríos
 |
|  |  | * Cansancio intenso
 |
|  |  | * Dolor de garganta
 |
|  |  | * Tos
 |
|  |  | * Sensación de falta de aire al respirar
 |
|  |  | * Dolor de cabeza
 |
|  |  | * Náuseas, vómitos o diarrea
 |
|  |  | * Pérdida súbita del sentido del olfato o gusto
 |
|  |  | * Dolor muscular o de huesos
 |
|  |  | * Síntomas catarrales
 |
|  |  | Ha tenido contacto durante más de 15 minutos con algún caso covid positivo en los 14 días previos sin uso de mascarilla quirúrgica ni distancia de seguridad |
|  |  | Si padece alguna enfermedad diagnosticada que suponga un posible aumento del riesgo de complicación: Como la diabetes, enfermedad respiratoria crónica, inmunodepresión, enfermedad cardiaca, enfermedad crónica renal o hepática. |

Alguna otra información que considere relevante:

**INSTRUCCIONES DE USO Y CUSTODIA**

El centro docente/Universidad se encargará de que el alumnado acceda y realice dicho cuestionario durante la semana previa a la fecha prevista de incorporación a las prácticas presenciales en los centros del SSPA

La custodia de dichos datos será responsabilidad del centro docente/Universidad cumpliendo con los requerimientos legales de la LOPD 15/1999

Si todas las opciones han sido marcadas como “NO”, el alumno se realizará un test rápido el día previo a la fecha prevista a la incorporación al centro, aportando el documento firmado de conformidad.