

G
O
I
BG CONSELLERIA
O SALUT I CONSUMG
O
I
B

ANEXO 6 Cuestionario de salud de incorporación de las personas trabajadoras (COVID-19)



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

Nombre y apellidos:.....Núm. DNI/NIF/NIE:
Fecha de nacimiento: Edad:

Dirección electrónica: 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 la COVID-19 (especialmente, fiebre, tos o dificultad para respirar) los últimos 14 días?		
¿Ha tenido contacto estrecho* con alguna persona positiva por la COVID-19 los últimos 14 días?		
¿Le han hecho alguna prueba de diagnóstico por la COVID-19 los últimos 14 días?		

*Se considera contacto estrecho a toda persona que haya tenido contacto con una persona positiva por 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 aislado y que:

- Haya proporcionado curas a una persona positiva la COVID-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 sido 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 a los viajeros) en un radio de dos asientos alrededor de la persona positiva por la COVID-19, así como la tripulación que haya tenido contacto.

OBSERVACIONES





GOIB

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

Fecha y firma: _____

NOTA INFORMATIVA CON RELACIÓN AI CUESTIONARIO

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

