

*Debe ser completado por todos los participantes en la ACTIVIDAD.

NOMBRE ACTIVIDAD:

NOMBRE Y APELLIDOS

DIRECCIÓN:

CIUDAD:
CALLE/AVENIDA:
NUMERO
PUERTA/PISO
CODIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO:
CORREO ELECTRÓNICO:

RESPONDER A LAS PREGUNTAS SIGUIENTES EN RELACIÓN CON LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS:

	PREGUNTAS	SI	NO
1	¿Tuvo contacto cercano con alguien diagnosticado con la enfermedad COVID-19?		
2	¿Proporcionó atención directa a pacientes de COVID- 19?		
3	¿Visitó o permaneció en un ambiente cerrado con algún paciente con la enfermedad COVID-19?		
4	¿Trabajó/estudió de forma cercana o compartiendo el mismo ambiente laboral o de clase con pacientes de COVID-19?		
	¿Ha viajado con algún paciente COVID-19 en algún medio de transporte?		
6	¿Ha vivido en la misma casa que un paciente COVID-19?		

Esta información se podrá compartir con las autoridades locales de Salud Pública para permitir un rápido rastreo de contactos si un participante en el evento sufre la enfermedad COVID-19 o llegó en contacto con un caso confirmado.

Firmado: Interesado/a o Tutor/a (Sello entidad).

En a de de 2020