

FICHA PRE-CRIBADO - CUESTIONARIO

Apellido/s _____ Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo M F

Consciente de la responsabilidad penal y los efectos administrativos derivados del delito de falsedad documental y declaraciones engañosas (según lo dispuesto en los art. 75 y 76 del D.P.R. n.º 445 del 28.12.2000), para los fines y efectos de los artículos 46 y 47 del mismo D.P.R n.º 445 del 28.12.2000,

INFORMA Y DECLARA

FIEBRE SUPERIOR A 37,4 °C	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
TOS/DOLOR DE GARGANTA	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
DIFICULTAD PARA RESPIRAR	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
RESFRIADO	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
DOLORES MUSCULARES/CANSANCIO	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
NÁUSEAS/VÓMITOS/DIARREA	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
ALTERACIÓN DEL GUSTO/OLFATO	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

ESTAR ACTUALMENTE EN AISLAMIENTO DOMICILIARIO O EN CUARENTENA	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

Y

(a rellenar ÚNICAMENTE si se cumplen las siguientes situaciones)

CASO DE PACIENTE EN CONTACTO DIRECTO CON UNA PERSONA POSITIVA POR COVID-19

¿Ha estado en contacto directo con una persona positiva por COVID-19 en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido contacto directo con una persona positiva por COVID-19 y ha realizado una PCR con resultado NEGATIVO tras un periodo de cuarentena de 10 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

CASO DE PACIENTE POSITIVO POR COVID-19

¿Ha realizado una PCR de control con resultado NEGATIVO una vez finalizado el periodo de aislamiento?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha pasado 21 días de aislamiento, de los que al menos 7 no ha tenido síntomas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Fecha..... Hora.....

Firma del paciente.....

Firma del operador sanitario

La información proporcionada es recogida y tratada por el personal autorizado por los Cotitulares (CDC S.p.A y C.D.C Centro Poliespecialistico Privato S.r.l.) para fines de interés público de protección frente a la situación de emergencia sanitaria «Covid-19» y conforme con las obligaciones legales, y será conservada durante el tiempo necesario para el cumplimiento de tales propósitos. Los datos de contacto para ejercer su derecho en materia de protección de datos están disponibles en la página web www.gruppocdc.it.

Última actualización 17.11.2020