VIII. Anexo. Cuestionario

G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I
B

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

Nombre | Apellidos

Fecha de nacimiento | Edad

Días

Dirección | CP

Municipio | Isla | País

Dirección electrónica | Teléfono

DATOS DE LA EMPRESA

Razón social | CIF

Dirección | CP

Municipio | Isla | País

http://www.caib.es/eboibfront/pdf/es/2020/74/1057886

INFORMACIÓN CLÍNICA

	N/S	No	Sí
¿Tiene síntomas (especialmente fiebre, tos, falta de aliento) compatibles con COVID-19?			
¿Ha tenido síntomas (especialmente fiebre, tos, falta de aliento) compatibles con COVID-19 en los últimos 14 días?			
¿Ha tenido contacto estrecho con cualquier positivo de COVID-19 en los 14 últimos días?			
¿Ha tenido alguna prueba de diagnóstico COVID-19 en los últimos 14 días?			

Observaciones

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

_ _ _ _ _ _ _ _, _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **[Localidad, fecha]**

_ **[Firma]**

Véanse las instrucciones en la parte posterior

Nota informativa sobre el cuestionario

- Este cuestionario debe ser cumplimentado y firmado por todas las personas trabajadoras.
- En el supuesto de que el trabajador o trabajadora tenga dificultades en su entrega física a la empresa, primero puede tramitar una copia por vía telemática, por ejemplo, por correo electrónico, fax, SMS, WhatsApp, entre otros, pero deberá entregar el cuestionario cumplimentado a la empresa lo antes posible.
- En el supuesto de que alguna de las cuatro respuestas del cuestionario fuera «Sí», el trabajador o trabajadora deberá ponerse en contacto con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL). La empresa le proporcionará el formulario de contacto. En este caso, la persona trabajadora no podrá acceder al puesto de trabajo hasta que no tenga el informe de que se incorpore al

http://www.caib.es/eboibfront/pdf/es/2020/74/1057886

trabajo firmado por el facultativo de la obra del SPRL o su mutua.

- La empresa deberá tramitar por vía telemática u otro sistema el cuestionario en el plazo no superior a 24 horas, garantizando su confidencialidad.
- El Servicio de Prevención o la mutualidad comunicará la información que es requerida por la Dirección General de Salud Pública y Participación o el IBASSAL y mantendrá el cuestionario disponible, garantizando su confidencialidad.

http://www.caib.es/eboibfront/pdf/es/2020/74/1057886