

## Enquisa COVID-19

Nome e apelidos:	Teléfono:
------------------	-----------

Presentou nas últimas 2 semanas?		SI	NON
<b>Síntomas respiratorios</b>	Febre ou febrícula		
	Tose seca		
	Dificultade respiratoria		
<b>Outros síntomas</b>	Fatiga severa (cansazo)		
	Dor muscular		
	Falta de olfacto		
	Falta de gusto		
	Diarrea		

		SI	NON
<b>Tivo CONTACTO nas últimas 3 semanas?</b>	cunha persoa COVID-19 + confirmado?		
	cunha persoa en illamento por sospeita de infección pola COVID-19?		
<b>CONVIVIU nas últimas 3 semanas?</b>	cunha persoa COVID-19 + confirmado?		
	cunha persoa en illamento por sospeita		

Vilanova de Arousa a, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020

Asinado: