

<b>Nombre y Apellidos</b>								
<b>Edad</b>		<b>Sexo</b>	<b>Hombre</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Mujer</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NS/NC</b>	<input type="checkbox"/>
<b>País residencia actual</b>			<b>Municipio de residencia</b>					
<b>Empresa</b>								
<b>Responsable de su actividad en Navantia</b>								

### INFORMACIÓN CLÍNICA

<b>Presentación clínica</b>	SI	NO	NS/NC
Fiebre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad respiratoria .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros síntomas/signos clínicos o radiológicos graves .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especificar \_\_\_\_\_ **Fecha de inicio de síntomas** (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Presenta factores de riesgo y/o enfermedad de base relacionada con Covid19</b> (indicar): .....	SI	NO	NS/NC
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

**Antecedentes de riesgo en los 14 días previos al inicio de síntomas** (marcar las casillas que correspondan):

**¿Ha tenido contacto estrecho con un enfermo de infección respiratoria aguda?**

Si  Fecha del último contacto (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ No  NS/NC

**¿Ha tenido contacto estrecho con un caso de COVID-19 probable o confirmado?**

Si  Fecha del último contacto (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ No  NS/NC

**¿Ha viajado, estado, o realizado escala en países con alta incidencia de covid-19?**

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/areas.htm>

Si  No  NS/NC

Itinerario	Fecha de entrada al lugar (dd/mm/aaaa)	Fecha de salida al lugar (dd/mm/aaaa)	Fecha de regreso a España (dd/mm/aaaa)	Vuelo y número de asiento

**Certifico** que la declaración es cierta y correcta y que cualquier respuesta deshonesta podría tener implicaciones serias de salud pública. Sanciones podrían aplicarse a cualquier persona que a sabiendas y de forma deliberada, realice declaraciones fraudulentas, falsas, ficticias o reemplazando a terceros.

Le informamos que sus datos personales serán tratados por NAVANTIA con la finalidad de aplicar medidas de control frente al riesgo de covid-19. Este cuestionario podría ser reportado a las Autoridades Sanitarias.

Ud. puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación del tratamiento de sus datos dirigiéndose a NAVANTIA, con domicilio fiscal en C/ Velázquez 132, 28006 Madrid o a comiteseguridadrgpd@navantia.es, acompañando copia de su DNI acreditando debidamente su identidad.

Firma:

<b>Nombre y Apellidos</b>			
<b>Lugar</b>		<b>Fecha</b>	

**CONTROL DE TEMPERATURA  
REGISTRO CASOS POSITIVOS**

**FECHA**

<b>APELLIDOS y NOMBRE</b>	<b>Nº IDENTIFICACION</b>	<b>TELEFONO CONTACTO</b>	<b>EMPRESA</b>	<b>HORA</b>	<b>TEMPERATURA (°C)</b>	<b>DERIVACION</b>

FIRMA RSPONSABLE:

SEGURIDAD INDUSTRIAL  
SERVICIOS MEDICOS

Telf. nnnn  
Telf. nnnn