



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE EDUCACIÓN
E ORDENACIÓN UNIVERSITARIA

Rúa José Gómez Posada - Curros 1. 36203 . Vigo
988 422 974. 988 423 063
<http://centros.edu.xunta.es/iesdocastro/>
ies.docastro@edu.xunta.es



D./D^a _____, con DNI
número _____, como pai/nai/titor legal do alumno/a
_____, matriculado no curso _____, do
centro educativo _____

DECLARA RESPONSABLEMENTE QUE realizará ao alumno/a a Enquisa de Autoavaliación
clínica do COVID e que se compromete a NON envialo ao centro e mantelo en illamento
preventivo domiciliario nos seguintes supostos:

- se o alumno/a ten síntomas compatibles coa COVID-19, poñéndose en contacto co
seu pediatra e con algunha das persoas membros do equipo COVID do centro
educativo.

- se algunha persoa do núcleo familiar é sospeitosa de padecer a COVID-19, o
alumno/a non poderán acudir ao centro ata que se coñeza o resultado da proba e sexa
negativo. A persoa afectada ou a súa familia comunicarán o resultado á persoa
coordinadora COVID do centro.

Nos dous supostos anteriores a comunicación farase a través do teléfono 650243241

En _____, a ____ de _____ de 2020.

ASDO. _____

+

ENQUISA DE AUTOAVALIACIÓN



Enquisa de autoavaliación

PRESENTOU NAS ÚLTIMAS DÚAS SEMANAS?

SÍNTOMAS RESPIRATORIOS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Febre maior de 37,5 °C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tose seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultade respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUTROS SÍNTOMAS?

	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatiga severa (cansazo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de olfacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de gusto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TEN ACTUALMENTE ALGÚN DOS SÍNTOMAS? Sinalar cales e cando comezaron

TIVO CONTACTO NAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS?

	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cunha persoa covid-19 + confirmado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cunha persoa en illamento por sospeita de infección pola covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONVIVIU NAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS?

	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cunha persoa covid-19 + confirmado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cunha persoa en illamento por sospeita de infección pola covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Equipo coordinación Covid :
comunicación farase a través do teléfono 650243241