

### CUESTIONARIO DE SALUD INCORPORACIÓN TRABAJADORES/AS (COVID-19)

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento

Edad

DNI

Dirección

CP

Municipio

Isla

País

Correo electrónico

Teléf.

#### DATOS DE LA EMPRESA

Razón social

CIF

Dirección

CP

Municipio

Isla

País

#### INFORMACIÓN CLÍNICA

	N/S	No	Sí
¿Presenta síntomas (especialmente fiebre, tos, dificultad respiratoria) compatibles con la COVID-19?			
¿Ha presentado síntomas (especialmente fiebre, tos, dificultad respiratoria) compatibles con la COVID-19 los últimos 14 días?			
¿Ha tenido contacto cercano con alguna persona positiva de la COVID-19 los últimos 14 días?			
¿Le han hecho alguna prueba de diagnóstico por la COVID-19 en los últimos 14 días?			

#### OBSERVACIONES

**Declaro, bajo mi responsabilidad, la veracidad de los datos proporcionados**

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### Ver instrucciones al dorso

Información sobre protección de datos personales. De acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y la legislación vigente en materia de protección de datos, se informa del tratamiento de los datos personales que contiene este cuestionario. Finalidad del tratamiento. Seguimiento actuaciones para garantizar el control y la seguridad de la población, en relación con el Real Decreto 464/2020, de 14 de marzo, por el cual se declara el estado de alarma para la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. Responsable del tratamiento. Dirección General de Salud Pública y Participación. Instituto Balear de Seguridad y Salud Laboral. Servicios de Prevención de Riesgos Laborales. Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social.

## NOTA INFORMATIVA EN RELACIÓN AL CUESTIONARIO

1. Este cuestionario debe ser cumplimentado y firmado por todos los trabajadores por cuenta ajena o autónomos.
2. En el caso de que el trabajador tenga dificultades para su entrega física en la empresa, podrá tramitar en un primer momento una copia por vía telemática, por ejemplo correo electrónico, fax, SMS, Whatsapp, entre otros, y debiendo el trabajador entregar a la empresa el cuestionario cumplimentado lo antes posible.
3. En el caso de que alguna de las 4 respuestas del cuestionario fuera "SI", el trabajador ha de contactar con el servicio de prevención de riesgos laborales (SPRL) y en el caso de trabajadores autónomos opcionalmente con la mutua colaboradora de la seguridad social que dispongan. El empresario le facilitará la forma de contacto. En este caso, el trabajador no podrá incorporarse al puesto de trabajo, hasta disponer del informe que le permita incorporarse al trabajo firmado por el médico del trabajo del SPRL o de la mutua a la que esté afiliado.
4. El empresario deberá tramitar por vía telemática u otro sistema el cuestionario en un plazo no superior a 24h, garantizando su confidencialidad, al servicio de prevención incluido los correspondientes a los autónomos concurrentes. El resto de trabajadores autónomos lo tramitarán opcionalmente en el mismo plazo, a la mutua colaboradora de la seguridad social.
5. El servicio de prevención deberá actuar en función de las respuestas, de acuerdo al procedimiento establecido para con los servicios de prevención de riesgos laborales. Las mutuas actuarán de modo similar a las indicaciones dadas a los servicios de prevención de riesgos laborales.
6. El servicio de prevención o la mutua comunicará la información que le sea requerida por la Dirección General de Salud Pública y Participación o el IBASSAL y conservará el cuestionario recibido, garantizando su confidencialidad.