



Compromiso para realización da auto enquisa diaria segundo o requerido no *Protocolo de adaptación ao contexto da COVID19 nos centros de ensino non universitario de Galicia para o curso 2020-2021*

D./Dna _____ con
DNI _____, na miña condición de representante legal do alumno ou alumna _____
comprométome a realización da auto enquisa diaria á persoa menor arriba indicada en
relación ao Protocolo de Adaptación ao Contexto da Covid 19 nos centros de ensino non
universitario de Galicia para o presente curso requerido pola Consellería aos centros educativos,
asumindo a responsabilidade a nivel individual como parte da Comunidade Educativa do CEIP
Mestre Rodríguez Xixirei contribuíndo así ao cumprimento estrito das medidas de protección
implantadas (Plan de Adaptación do CEIP Mestre Rodríguez Xixirei, difundido na súa web de
Centro), encamiñadas a controlar e a reducir a transmisión da COVID-19.

Ante a aparición de sintomatoloxía compatible (a relacionada co compromiso persoal en
relación ao anexo I autoenquisa) o alumno/a non acudirá ao centro educativo as persoas adultas
responsables da menor chamarán ao teléfono facilitado polo centro educativo (881 866 470/
636644874).

Como criterio xeral, manterase en illamento preventivo domiciliario, poñéndose en contacto co
seu centro de saúde. Serán estes facultativos os que valorarán a sintomatoloxía e prescribirán a
realización dun test diagnóstico ou proba PCR en 24 horas, se así o consideran.

Asinado en Lavacolla,.....de.....do curso 20.....

D./Dna _____

ANEXO I. ENQUISA DE AUTOAVALIACIÓN CLÍNICA DO COVID-19

Esta enquisa pretende ser útil para que a comunidade educativa poida identificar síntomas clínicos de sospeita de ter infección por coronavirus. De presentar calquera destes síntomas solicite consulta no seu centro de saúde.

Presentou nas últimas 2 semanas?		SI	NON
Síntomas respiratorios	Febre maior de 37,5°C		
	Tose seca		
	Dificultade respiratoria		
Outros síntomas	Fatiga severa (cansazo)		
	Dor muscular		
	Falta de olfacto		
	Falta de gusto		
	Diarrea		

Ten actualmente algún dos síntomas? Sinalar cales e cando comezaron.

		SI	NON
Tivo CONTACTO nas últimas 2 semanas?	cunha persoa COVID-19 + confirmado?		
	cunha persoa en illamento por sospeita de infección pola COVID-19?		
CONVIVIU nas últimas 2 semanas?	cunha persoa COVID-19 + confirmado?		
	cunha persoa en illamento por sospeita de infección pola COVID-19?		

