



## Enquisa de autoavaliación clínica COVID-19

Se algunha persoa do núcleo familiar do alumno ou alumna é sospeitosa de padecer a COVID-19, no caso sintomatoloxía compatible cunha infección por COVID-19, ou calquera dos síntomas seguintes, ou **non poderá entrar na aula** e deberá contactar inmediatamente co seu centro de saúde de referencia.

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

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

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