

# CERTIFICADO DE AUTORRESPONSABILIDAD COVID-19

La respuesta a este cuestionario servirá para seguir protegiendo el entorno del Goethe-Institut Barcelona de cualquier riesgo de contagio por COVID-19. Su objetivo es identificar aquellas personas que sean posibles portadoras del virus y así poder protegerle a Ud. de cualquier riesgo para su salud y para la salud de todas las personas que se encuentren en el Goethe-Institut Barcelona. Por tanto, rogamos responda de forma sincera a las preguntas que se le indican a continuación.

Para poder acceder a las instalaciones del Goethe-Institut Barcelona, todas las respuestas de este cuestionario deberán estar marcadas con un NO. Por el contrario, si Ud. responde SÍ a cualquiera de estas preguntas, le rogamos se comunique de inmediato con el profesional de la salud que tenga asignado para que éste le indique los próximos pasos que deberá seguir.

1. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas? Responda marcando **X** en la casilla que corresponda.

	Sí	No
1. ¿Malestar o dolor de garganta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Sensación de malestar general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Sensación de fatiga o cansancio muscular?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Fiebre? (+37,5°C)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Tos seca y persistente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Sensación de falta de aire de inicio brusco?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Secreciones o congestión nasal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Pérdida de olfato y/o gusto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Vive con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿En los últimos 14 días ha tenido contacto estrecho (por más de 15 minutos, a menos de 2 metros y sin usar Elementos de Protección Personal) con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. ¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas en las últimas 24 horas?

	Sí	No
Fiebre (+37,5°C)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resfriado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor muscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor de cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pérdida de olfato y/o gusto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor de garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. En los últimos 14 días:

	Sí	No
¿Ha estado en contacto con alguien diagnosticado con COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha estado en contacto cercano con alguna persona con síntomas de COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Viajó al extranjero o tomó un crucero?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

# CERTIFICADO DE AUTORRESPONSABILIDAD COVID-19

Nombre:

Apellidos:

Fecha:

Firma:

Autorizo al Goethe-Institut Barcelona el tratamiento de mis datos personales, incluyendo los de salud, con la finalidad de desarrollar acciones de prevención, tratamiento para la gestión de riesgo en salud y/o frente a la propagación, contagio y control de COVID-19, acorde con lo normado por el Ministerio de Salud, la Generalitat de Catalunya y las demás autoridades competentes.

Será posible compartir información con distintas entidades públicas (del nivel central, descentralizadas y de vigilancia y control, y demás autoridades administrativas y jurisdiccionales) para tomar acciones frente a la propagación, contagio y control de COVID-19.

Se entiende por tratamiento de datos, la facultad que tendrá el Goethe-Institut Barcelona de almacenar, compartir, utilizar, procesar, recolectar, divulgar, transferir, transmitir, información relacionada con el estado de salud, en cumplimiento de las disposiciones legales.

Autorizo el tratamiento de mis datos personales:

Sí

No