GENERALITAT VALENCIANA

VICEPRESIDÈNCIA I CONSELLERIA D'IGUALTAT I POLÍTIQUES INCLUSIVES
DIRECCIÓ GENERAL DE PERSONES MAJORS
CIUTAT ADMINISTRATIVA 9 D'OCTUBRE TORRE 3-PLANTA 7
C/ de la Democràcia, nº 77
46018 VALENCIA

CUESTIONARIO PREVIO A LAS VISITAS AL CENTRO

RESIDENCIA	
FECHA	
NOMBRE DE LA PERSONA RESIDENTE	
NOMBRE DE LA PERSONA FAMILIAR, TUTORA O ALLEGADA	

	SI	NO
¿Ha sido vacunado/a de la enfermedad de Covid-19?		
En caso de haber sido vacunado/a, ¿ha finalizado su proceso de vacunación?		
¿Ha pasado Usted la enfermedad de Covid-19?		
En caso de haberla pasado, ¿sigue Usted en aislamiento?		
En caso de haberla pasado, ¿en qué fecha tuvo la PCR negativa?:		
¿Ha estado conviviendo con una persona con sospecha o confirmación de Covid-19?		
¿Tiene fiebre o la ha tenido en los últimos 14 días? (temperatura superior a 37º)		
¿Tiene o ha tenido tos o cualquier otro problema respiratorio en los últimos 14 días?		
¿Tiene o ha tenido diarrea o cualquier otro problema digestivo en los últimos 14 días?		
¿Ha tenido en los últimos 14 días sensación de mucho cansancio o malestar en el cuerpo?		
¿Ha notado una pérdida en el sentido del olfato o del gusto en los últimos 14 días?		

D./Dª _____ con

D.N.I _____ asegura que los datos proporcionados en este cuestionario son ciertos.

Firma persona visitante

GENERALITAT VALENCIANA

VICEPRESIDÈNCIA I CONSELLERIA D'IGUALTAT I POLÍTIQUES INCLUSIVES
DIRECCIÓ GENERAL DE PERSONES MAJORS
CIUTAT ADMINISTRATIVA 9 D'OCTUBRE TORRE 3-PLANTA 7
C/ de la Democràcia, nº 77
46018 VALENCIA

QÜESTIONARI PREVI A LES VISITES AL CENTRE

RESIDÈNCIA	
DATA	
NOM DE LA PERSONA RESIDENT	
NOM DE LA PERSONA FAMILIAR, TUTORA O PROPERA	

	SI	NO
Ha sigut vacunat/da de la malaltia de Covid-19		
En cas d'haver sigut vacunat/da, ha finalitzat el seu procés de vacunació?		
Ha passat Vosté la malaltia de Covid-19?		
En cas d'haver-la passat, segueix Vosté en aïllament?		
En cas d'haver-la passat, en quina data va tindre la PCR negativa?:		
Ha estat convivint amb una persona amb sospita o confirmació de Covid-19?		
Té febre o l'ha tinguda en els últims 14 dies? (temperatura superior a 37°)		
Té o ha tingut tos o qualsevol altre problema respiratori en els últims 14 dies?		
Té o ha tingut diarrea o qualsevol altre problema digestiu en els últims 14 dies?		
Ha tingut en els últims 14 dies sensació de molt de cansament o malestar en el cos?		
Ha notat una pèrdua en el sentit de l'olfacte o del gust en els últims 14 dies?		

D./Dª _____ amb

D.N.I _____ assegura que les dades proporcionades en aquest qüestionari

són certes.

Signatura persona visitant