
	ACCESO PRESENCIAL AL SERVICIO DE PREVENCIÓN		
	PEDIR CITA TELEFÓNICA PREVIA SIEMPRE QUE SEA POSIBLE	IO 007 del PR-GE 04	

ACCESO PRESENCIAL AL SERVICIO DE PREVENCIÓN

La puerta de acceso al servicio de prevención permanecerá cerrada para que nadie pueda acceder sin las debidas medidas higiénicas.

1. La persona que acuda al Servicio de prevención se dirigirá directamente a la sala de control y allí seguirá las instrucciones que se especifiquen.
2. Llamará al interfono y el administrativo, o en su defecto persona del servicio que se haya quedado al cargo del interfono, responderá a la llamada.
3. Se le indica que ESPERE en la sala de control, hasta que un miembro del servicio de prevención salga a recogerle.

CITA RECONOCIMIENTOS MEDICOS INICIALES

1. Pedirá cita para el reconocimiento inicial en:

Cáceres: prevenci@unex.es, tlf. 927257037

Badajoz: prevenciba@unex.es, tlf. 924289372

2. Pedirá cita en el laboratorio como mínimo con 7 días hábiles de antelación a la fecha del reconocimiento.

Cáceres Turégano Flores, C/ Dinamarca N.º 2, tlf. 667661485 (horario de 8:00h a 13:00h y de 17:00h a 19:00h)

Badajoz Los Ángeles Servicios Médicos:

C/ Godofredo Ortega Muñoz, nº 62, tlf. 924231212



Avda. Ricardo Carapeto Zambrano, nº 130, tlf. 924238181

Avda. Santa Marina, nº 7, tlf. 924242425

Enviar Anexo 1, que deberá devolver relleno antes de acudir a la cita a los correos:

Cáceres: prevenci@unex.es y grajales@unex.es

Badajoz: prevenciba@unex.es y antoniop@unex.es

	ACCESO PRESENCIAL AL SERVICIO DE PREVENCIÓN		
	PEDIR CITA TELEFÓNICA PREVIA SIEMPRE QUE SEA POSIBLE	IO 007 del PR-GE 04	

Anexo 1



Encuesta de Salud "Covid-19"

NOMBRE Y APELLIDOS

DNI

Correo Electrónico

1.- ¿Vd. Considera que ha tenido síntomas compatibles con la infección Covid-19?

Si contestó que SI en la pregunta nº 1:

2.- ¿Lo ha puesto en conocimiento de su sistema sanitario?

3.- ¿Ha recibido asistencia médica en relación con la COVID- 19?

4.-En estos momentos, ¿tiene alguno de estos síntomas?

Fiebre (superior a 37´5 ºC)	Diarrea
Tos	Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo
Neumonía (Evidencia clínica o radiológica)	Otros cuadros respiratorios graves
Dolor de garganta	Fallo renal agudo
Escalofríos	Perdida de olfato
Dificultad respiratoria	Perdida de gusto
Vómitos	

5.- ¿Entre los familiares que conviven con Vd. alguno ha tenido los síntomas de Covid-19?

6.- ¿Cree que tiene suficiente información de cómo protegerse contra la Covid-19?

Indique si padece alguna de estas enfermedades:

OBSERVACIONES:

Enfermedad cardiovascular/HTA	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>
Enfermedad pulmonar crónica	<input type="checkbox"/>
Enfermedad hepática crónica severa	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal crónica	<input type="checkbox"/>
Inmunodeficiencia	<input type="checkbox"/>
Cáncer en tratamiento activo	<input type="checkbox"/>
Obesidad mórbida(IMC >40)	<input type="checkbox"/>

Si es mujer, ¿Está embarazada?