

ANEXO X

<i>Presentou nos últimos días?</i>		<i>SI</i>	<i>NON</i>
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.

		<i>SI</i>	<i>NON</i>
<i>CONVIVIU</i> nos últimos 10 días?	cunha persoa Covid-19 + confirmado?		