

**CASO SOSPECHOSO, CONFIRMADO O CONTACTO ESTRECHO
INFORMACIÓN DIRIGIDA AL FACULTATIVO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

D./Dña , nº de colegiado/a ,
con DNI , médico especialista en medicina del
trabajo del servicio de Prevención , informa que
D./Dña , con DNI..... ,
profesión/ocupación..... , en la empresa
..... , cumple los criterios para ser considerado/a:

- Caso sospechoso
- Caso confirmado
- Contacto estrecho de un caso confirmado de coronavirus,

por lo que, siguiendo los criterios del Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control de la pandemia de COVID-19 del Ministerio de Sanidad deberá realizar cuarentena/aislamiento domiciliario durante 14 días, contados desde el día..... , fecha en la que se produjo la manifestación clínica o el contacto. Esta persona mantendrá, tal como se le ha indicado, seguimiento pasivo en su domicilio. Si durante este tiempo desarrollara síntomas y la situación clínica lo permite, se le ha indicado que deberá hacer autoaislamiento inmediato domiciliario y contactar con los servicios de atención primaria.

Lugar y fecha

Fdo