

La persona \_\_\_\_\_ familiar de \_\_\_\_\_  
declara que no ha presentat ni presenta símptomes compatibles amb el covid-19 o  
qualsevol quadre infecciós en els últims 14 dies i també que no ha conviscut amb  
persones que hagin estat positives de covid-19 en els últims 14 dies.

Els símptomes compatibles amb el covid-19 són:

- Febre o febrícula
- Tos continuada o persistent
- Dificultat per respirar
- Falta d'olfacte o de gust
- Mal de coll
- Calfreds
- Vòmits
- Diarrea
- Malestar
- Dolor muscular

El familiar es compromet a seguir les indicacions que apareixen en els protocols i les  
instruccions donades per part dels professionals.

La persona signant declara que les informacions que ha donat son verídiques.

I per això, signa la present declaració en data \_\_\_\_\_.

Signatura familiar

Nom professional i signatura