

Comunicación en caso de sospecha de infección por el COVID-19

Cumplimentar este formulario para comunicar si sospecha que puede estar infectado por COVID-19

* Campos obligatorios

Apellidos Obligatorio

Nombre Obligatorio

DNI Obligatorio

email Obligatorio

Por favor, indique correctamente su email. Al mismo se le enviarán las comunicaciones correspondientes.

Teléfono fijo Obligatorio

Telefono Móvil Obligatorio

Colectivo Obligatorio

Departamento/Servicio/Facultad/Titulación Obligatorio

Describa la procedencia del posible contacto Obligatorio

Siempre que tenga un cuadro clínico compatible con la enfermedad y haya estado en zona de riesgo o expuesto a un caso confirmado de COVID-19

Observaciones

Utilice este campo para incluir cualquier información relevante al respecto