

CHESTIONAR EPIDEMIOLOGIC COVID-19

DATE PERSONALE:

Prenume: _____ Nume: _____

Data nașterii: _____ Locul nașterii: _____

Adresa: _____ Județ: _____

Telefon contact : _____

EVALUARE EPIDEMIOLOGICĂ

Ați intrat în contact cu un pacient diagnosticat pozitiv cu Covid-19 in ultimele 14 zile?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Ați fost infectat cu Sars Cov2 in ultima luna? Cand?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Ați calatorit in ultimele 14 zile in tari cu risc epidemiologic?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
V-ați vaccinat impotriva Covid-19? Cand?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

DATE CLINICE

Aveți febra peste 37,5°C?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Tușiți?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Acuzați dureri în gat?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Aveți rinoree?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Aveți conjunctivita sau ochi care lăcrimează?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Aveți probleme respiratorii?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Suferiți de mialgii difuze? (dureri musculare)	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Percepeți slab sau deloc mirosul sau/si gustul?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Ați suferit in ultimele zile de diaree?	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Data _____

Semnătura _____



SPITALUL MUNICIPAL MEDGIDIA
MEDGIDIA, STR. ION CREANGĂ NR.18 SGS ISO 9001 UKAS 2014
 Tel: 0241 / 810690, fax: 0241 / 810931
 E-mail : office@spitalmedgidia.ro

**DECLARAȚIE DE CONȘIȚĂMÂNT PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU
 CARACTER PERSONAL**

Subsemnatul/Subsemnata,

.....
 (numele și prenumele)

cod numeric personal, declar prin prezenta că sunt de acord cu utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal de către SPITALUL MUNICIPAL MEDGIDIA atât în scopul furnizării de servicii de sănătate cât și în scopul întocmirii unor baze de date și utilizarea acestora în viitoarele demersuri și activități sau în scopuri de promovare.

Consimțământul în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal precum și furnizarea acestor date SPITALULUI MUNICIPAL MEDGIDIA sunt voluntare.

Am fost informat despre drepturile mele, în calitate de persoana vizată, privind prelucrarea datelor cu caracter personal: dreptul de informare, de acces, de rectificare și ștergere, de restricționare a prelucrării, de portabilitate, dreptul la opoziție și dreptul de a nu fi supus unei decizii bazate exclusiv pe prelucrarea automată, inclusiv creării de profiluri. Pentru exercitarea acestor drepturi, pot contacta cu o cerere scrisă, datată și semnată, **Responsabilul cu protecția datelor cu caracter personal din cadrul SPITALULUI MUNICIPAL MEDGIDIA**. De asemenea, SPITALUL MUNICIPAL MEDGIDIA îmi recunoaște dreptul de a mă adresa Autorității Naționale de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal sau/și instanțelor de judecată.

Mi s-a adus la cunoștință faptul că refuzul meu de a furniza datele cu caracter personal necesare și solicitate de către SPITALUL MUNICIPAL MEDGIDIA determină imposibilitatea furnizării de servicii de sănătate și/sau întocmirii unor baze de date și utilizarea acestora în viitoarele demersuri și activități.

Am înțeles această declarație de consimțământ și sunt de acord cu procesarea datelor mele personale în scopurile descrise mai sus. Acest formular este valid numai în cazul în care această căsuță este bifată cu X.

Data completării.....

Semnătura pacient.....