

Anexo 1 - LLISTAT DE COMPROVACIÓ DE SÍMPTOMES PER A LES FAMÍLIES
LISTADO DE COMPROBACIÓN DE SÍNTOMAS PARA LAS FAMILIAS

Si el vostre fill o filla no es troba bé, marqueu* amb una creu quins d'aquests símptomes presenta:

Si su hijo/a no se encuentra bien, marque* con una cruz qué síntomas presenta:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Febre o febrícula/ <i>Fiebre o febrícula</i> | <input type="checkbox"/> Mal de panxa / <i>Dolor de estómago</i> |
| <input type="checkbox"/> Tos/ <i>Tos</i> | <input type="checkbox"/> Vòmits / <i>Vómitos</i> |
| <input type="checkbox"/> Dificultat per respirar / <i>Dificultad para respirar</i> | <input type="checkbox"/> Diarrea / <i>Diarrea</i> |
| <input type="checkbox"/> Congestió nasal/ <i>Congestión nasal</i> | <input type="checkbox"/> Malestar/ <i>Malestar</i> |
| <input type="checkbox"/> Mal de coll/ <i>Dolor de garganta</i> | <input type="checkbox"/> Dolor muscular / <i>Dolor muscular</i> |

Si a casa hi ha alguna persona adulta¹ que no es troba bé, marqueu* amb una creu quins d'aquests símptomes presenta:

Si en casa hay alguna persona adulta¹ que no se encuentre bien, marque* con una cruz qué síntomas presenta:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Febre o febrícula/ <i>Fiebre o febrícula</i> | <input type="checkbox"/> Calfreds / <i>Escalofríos</i> |
| <input type="checkbox"/> Tos/ <i>Tos</i> | <input type="checkbox"/> Vòmits / <i>Vómitos</i> |
| <input type="checkbox"/> Dificultat per respirar / <i>Dificultad para respirar</i> | <input type="checkbox"/> Diarrea / <i>Diarrea</i> |
| <input type="checkbox"/> Congestió nasal/ <i>Congestión nasal</i> | <input type="checkbox"/> Malestar/ <i>Malestar</i> |
| <input type="checkbox"/> Mal de coll / <i>Dolor de garganta</i> | <input type="checkbox"/> Dolor muscular / <i>Dolor muscular</i> |

*Si heu marcat una o diverses caselles **cal que eviteu portar l'infant** a l'activitat i que us poseu en contacte amb els responsables de la mateixa per comunicar-ho.

En horari d'atenció del vostre centre d'atenció primària, poseu-vos en contacte telefònic amb el vostre **equip de pediatria** o de **capçalera**. En cas contrari, truqueu al 061. / **Si han marcado una o más casillas *deben evitar llevar al niño a la actividad* y deberán ponerse en contacto con los responsables de la misma para comunicárselo. En horario de vuestro centro de atención primaria, pónganse en contacto con su equipo de *pediatría o su médico de cabecera*. Sino, llamen al 061.**

¹ Si es tracta d'un altre infant o adolescent de la unitat familiar utilitzeu la primera llista. Si se trata de otro menor o adolescente de la unidad familiar utilicen la primera lista