TEST DE VERIFICACION SINTOMAS- CONTROL PERSONAL

Proceso	Seguridad y Salud en el Trabajo
Código	SST-FT-011
Versión	2
Fecha	7/05/2020

FECHA:

No	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE CEDULA	NUMERO DE TELEFONO	EDAD	HORAS Y CONTROL TEMPERATURA				VERIFICACION DE SINTOMAS Y NEXO EPIDEMIOLOGICO											EPS	ARL	GRUPO SANGUINEO	NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA Y PERSONA DE CONTACTO	PARENTESCO	EMPRESA/AREA DE LA QUE PROVIENE			AUTORIZA INGRESO			FIRMA
					INGRESO	TEMPERATURA	SALIDA	TEMPERATURA	FIEBRE	FATIGA/ DOLOR MUSCULAR	DOLOR MUSCULAR	DIF RESPIRATORIA	TOS SECA O EXPECTORANTE	MEDIO TRANSPORTE UTILIZADO	ASISTENCIA A CENTROS MEDICOS	ASISTENCIA AGLOMERACIONES	CONTACTO CON ALGUIEN CON SINTOMAS	FACTOR DE RIESGO	CUAL						PROPIO	PROVEEDOR	VISITANTE	SI	NO	NOMBRE	

NOTA 1: FACTOR DE RIESGO: Mayor de 60 Años, Enfermedades respiratorias, padecer enfermedades cronicas (diabetes, hipertension,cancer, asma hipotiroidismo etc), convivir con un infectado, asistir aglomeraciones.