



VALIDACION DE CONDICIONES DE SALUD COMO MEDIDA PREVENTIVA ANTE EL COVID 19

Fecha elaboración: Abril de 2020

Código: SST-REG-031

VER. 1.0 Pág 1 de 1

Nombre y apellido del trabajador:

Edad:

Cargo:

Elizabeth Castillo

Operaria Auxiliar de Cocina

Tipo de Inspección: Diaria: ( ) Semanal: (x) Mensual: ( )

SEMANA DEL

14 AL 20

DEL MES DE

septiembre DE 2020

DATOS DEL TRABAJADOR

ITEM	CARACTERISTICAS	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	¿A viajado fuera del país o de la ciudad? A donde _____		x		x		x		x		x				
2	Paciente o familiar ha viajado al exterior en los últimos 5 días y se ha tenido contacto estrecho		x		x		x		x		x				
3	Sospecha haber tenido relación cercana con personas que tengan enfermedad contagiosa COVID-19.		x		x		x		x		x				
4	Trabajador presenta dolor de cabeza, tos		x		x		x		x		x				
5	Trabajador presenta decaimiento.		x		x		x		x		x				
6	Trabajador presenta dificultad para respirar		x		x		x		x		x				
7	Trabajador presenta malestar general		x		x		x		x		x				
8	Trabajador presenta dolor de garganta		x		x		x		x		x				
9	Trabajador realiza control de lavado de manos constantemente	x		x		x		x		x		x		x	
10	Trabajador manifiesta sentirse bien de su estado de salud	x		x		x		x		x		x		x	
	Registro de temperatura (escribir el valor detectado) ingreso	36.0		36.3		36.1		36.1							
11	Registro de temperatura (escribir el valor detectado) egreso	36.3		36.6		36.0		36.3							

Firma del trabajador

Elizabeth Castillo

Realizado Por:

Calderon

Supervisado por:

Calderon



VALIDACION DE CONDICIONES DE SALUD COMO MEDIDA PREVENTIVA ANTE EL COVID 19

Fecha elaboración: Abril de 2020

Código: SST-REG-031

VER. 1.0 Pág. 1 de 1

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y apellido del trabajador :

Edad :

Cargo :

Morla Cecilia Rivas C

Operaria Auxiliar de Cocina

Tipo de Inspección: Diaria: ( ) Semanal: ( ) Mensual: ( )

SEMANA DEL

AL

DEL MES DE

DE 2020

ITEM	CARACTERÍSTICAS	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	¿A viajado fuera del país o de la ciudad? A donde _____		X		X		X		X		X		X		X
2	Paciente o familiar ha viajado al exterior en los últimos 5 días y se ha tenido contacto estrecho		X		X		X		X		X		X		X
3	Sospecha haber tenido relación cercana con personas que tengan enfermedad contagiosa COVID-19.		X		X		X		X		X		X		X
4	Trabajador presenta dolor de cabeza, tos		X		X		X		X		X		X		X
5	Trabajador presenta decaimiento.		X		X		X		X		X		X		X
6	Trabajador presenta dificultad para respirar		X		X		X		X		X		X		X
7	Trabajador presenta malestar general		X		X		X		X		X		X		X
8	Trabajador presenta dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X
9	Trabajador realiza control de lavado de manos constantemente	X		X		X		X		X		X		X	
10	Trabajador manifiesta sentirse bien de su estado de salud	X		X		X		X		X		X		X	
	Registro de temperatura (escribir el valor detectado) ingreso	35.9		35.6		36.0		36.1							
11	Registro de temperatura (escribir el valor detectado) egreso	36.0		35.9		35.9		36.0							

Firma del trabajador Morla Cecilia Rivas

Realizado Por: Morla Cecilia

Supervisado por: Morla Cecilia