

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y apellido del trabajador:

Edad:

Cargo:

Elizabetta Castillo

Auxiliar de cocina

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

SEMANA DEL 21 AL 22 DEL MES DE agosto 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 _____		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
2	Paciente o familiar ha viajado al exterior en los últimos 5 días y se ha tenido contacto estrecho		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
3	Sospecha haber tenido relación cercana con personas que tengan enfermedad contagiosa COVID-19.		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
4	Trabajador presenta dolor de cabeza, tos		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
5	Trabajador presenta decaimiento.		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
6	Trabajador presenta dificultad para respirar		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
7	Trabajador presenta malestar general		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
8	Trabajador presenta dolor de garganta		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
9	Trabajador realiza control de lavado de manos constantemente	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
10	Trabajador manifiesta sentirse bien de su estado de salud	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
	Registro de temperatura (escribir el valor detectado) ingreso	<u>36.1</u>		<u>36.0</u>		<u>36.3</u>		<u>36.2</u>		<u>36.0</u>					
11	Registro de temperatura (escribir el valor detectado) egreso	<u>36.3</u>		<u>36.3</u>		<u>35.9</u>		<u>36.1</u>		<u>36.0</u>					

Firma del trabajador Elizabetta C

Realizado Por: [Signature]

Supervisado por: [Signature]



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 :

Martha C. Perez

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

SEMANA DEL 21 AL 27 DEL MES DE septiembre DE 2020

Auxiliar de Cocina

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				
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	35.9		36.0		36.3		35.9		35.0					
11	Registro de temperatura (escribir el valor detectado) egreso	36.1		35.9		35.0		36.0		36.1					

Firma del trabajador martha Perez

Realizado Por: ceep

Supervisado por: ceep