



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

Fecha elaboración: Abril de 2020

Codigo: SST-REG-031

VER. 1.0 Pág 1 de 1

Nombre y apellido del trabajador :

Edad :

Cargo :

Elizabeth CastañedaOperaria Auxiliar de cocina

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

SEMANA DEL

1 AL7

DEL MES DE

NOVIEMBRE

DE 2021

| 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>35.8</u> | | <u>35.9</u> | | <u>36.0</u> | | <u>35.8</u> | | <u>35.8</u> | | | | | |
| 11 | Registro de temperatura (escribir el valor detectado) egreso | <u>36.1</u> | | <u>36.0</u> | | <u>35.8</u> | | <u>36.0</u> | | | | | | | |

Firma del trabajador Elizabeth CRealizado Por: WendySupervisado por: Wendy



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

Fecha elaboración: Abril de 2020

Codigo: SST-REG-031

VER. 1.0 Páa 1 de 1

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y apellido del trabajador :

Edad :

Cargo :

Martha Cecilia Perez

Diana Auxilia Gomez

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

SEMANA DEL 1 AL 7

DEL MES DE Mayo

DE 2021

| 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 | | | | | |
| 10 | Trabajador manifiesta sentirse bien de su estado de salud | x | | x | | x | | x | | x | | | | | |
| | Registro de temperatura (escribir el valor detectado) ingreso | 35.9 | | 36.0 | | 35.9 | | 35.9 | | | | | | | |
| 11 | Registro de temperatura (escribir el valor detectado) egreso | 36.0 | | 36.1 | | 35.9 | | 36.0 | | | | | | | |

Firma del trabajador martha perez

Realizado Por:

Wendy J

Supervisado por:

Wendy J