



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

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y apellido del trabajador :

Edad :

Cargo :

Martha Cecilia Perez Colvillero

34 años

Operario Auxiliar de Cocina

Tipo de Inspección: Día: () Semana: (X) Mensual: ()

SEMANA DEL 1 AL 7

DEL MES DE Febrero.

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

Firma del trabajador Martha PerezRealizado Por: Cecilia PerezSupervisado por: Verónica



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

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y apellido del trabajador :

Edad :

Cargo :

Elizabeth Castillo

43 años

Operaria Auxiliar de Cocina

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

SEMANA DEL

1 AL 7

DEL MES DE Febrero,

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								
2	Paciente o familiar ha viajado al exterior en los últimos 5 días y se ha tenido contacto estrecho		X		X		X								
3	Sospecha haber tenido relación cercana con personas que tengan enfermedad contagiosa COVID-19.		X		X		X								
4	Trabajador presenta dolor de cabeza, tos		X		X		X								
5	Trabajador presenta decaimiento.		X		X		X								
6	Trabajador presenta dificultad para respirar		X		X		X								
7	Trabajador presenta malestar general		X		X		X								
8	Trabajador presenta dolor de garganta		X		X		X								
9	Trabajador realiza control de lavado de manos constantemente	X		X		X		X							
10	Trabajador manifiesta sentirse bien de su estado de salud	X		X		X		X							
	Registro de temperatura (escribir el valor detectado) ingreso	35.9		35.9		36.1									
11	Registro de temperatura (escribir el valor detectado) egreso	35.9		36.1		36.0									

Firma del trabajador Elizabeth C.

Realizado Por: [Firma]

Supervisado por: [Firma]