

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y apellido del trabajador:

Edad:

Cargo:

Elizabet Castillo

43 años

Operaria Aux Cocina

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

SEMANA DEL

11 AL

12 DEL MES DE

ENERO

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	35.8		35.9		35.7		35.9		35.8					
11	Registro de temperatura (escribir el valor detectado) egreso	36.0		35.9		36.1		36.0		36.0					

Firma del trabajador: Elizabet C

Realizado Por:

[Signature]

Supervisado por:

[Signature]



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 :

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

34 años

Operario Ayuda de Cocina

SEMANA DEL 11 AL 17 DEL MES DE

DE 2020

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		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		35.5		35.9		35.8		35.5					
11	Registro de temperatura (escribir el valor detectado) egreso	35.9		35.8		36.0		35.9		36.0					

Firma del trabajador maisha para

Realizado Por:

maisha para

Supervisado por:

maisha para