



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:

Martha Cecilia Pérez Caballero

Edad:

34 años

Cargo:

Operaria Ayuda de Cocina

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

DE 2020

SEMANA DEL 18 AL 24

DEL MES DE Enero

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	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: martha perez

Realizado Por: cuypza

Supervisado por: cuypza



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:	
Elizabeth Castillo		43 años		Operaria Aux Cocina	
Tipo de Inspección: Diaria: () Semanal: (X) Mensual: ()		SEMANA DEL 18 AL 24		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				
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			
10	Trabajador manifiesta sentirse bien de su estado de salud	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	Elizabeth C
Realizado Por:	Elizabeth C
Supervisado por:	Elizabeth C