



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

Nombre y apellido del trabajador :

Edad :

Cargo :

Elizabeth Castillo Jimenez

Operaria Auxiliar de Cocina

DATOS DEL TRABAJADOR

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

SEMANA DEL 23 AL 29 DE MES DE Noviembre 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		36.1		35.9		35.9		36.0		36.0		36.0	
11	Registro de temperatura (escribir el valor detectado) egreso	36.1		35.9		36.0		36.0		36.0		36.0		36.0	

Firma del trabajador Elizabeth C.

Realizado Por: [Firma]

Supervisado por: [Firma]



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:

Martín C. Flores

Operario Auxiliar de Cocina

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

SEMANA DEL 23 AL 29 DEL MES DE Noviembre 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								
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, los		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											
9	Trabajador realiza control de lavado de manos constantemente	x		x		x									
10	Trabajador manifiesta sentirse bien de su estado de salud	x		x		x									
	Registro de temperatura (escribir el valor detectado) ingreso	35.9		36.0		35.9									
11	Registro de temperatura (escribir el valor detectado) egreso	36.1		35.9		36.0									

Firma del trabajador *Martín C. Flores*

Realizado Por: *[Firma]*

Supervisado por: *[Firma]*