

# Encuesta Estado de Salud COVID-19



<b>Empresa</b>		
<b>Centro de Trabajo</b>		
<b>Fecha</b>		

N°	CÉDULA	TIPO DE TRANSPORTE	Embarazo		Temperatura		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
			SI/ NO	TEMP 1	HORA	SI/ NO	SI/ NO	SI/ NO	SI/ NO	SI/ NO	SI/ NO	SI/ NO	SI/ NO	SI/ NO	SI/ NO	SI/ NO	SI/ NO	SI/ NO	SI/ NO	SI/ NO	SI/ NO	TEMPERATURA 2	TEMPERATURA 3
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							
26																							
27																							
28																							
29																							

-CÉDULA

-USO DE TRANSPORTE:  
Público, Privado, empresarial,  
no convencional.

1. EMBARAZADA
2. TEMPERATURA 1
3. FIEBRE MAYOR A 37.3°
4. MOLESTIA EN LA GARGANTA
5. CONGESTIÓN NASAL Y FLUJO

6. TOS SECA O CON FLEMA
7. DIFICULTAD PARA RESPIRAR O FALTA DE AIRE
8. FATIGA
9. ESCALOFRIO
10. DOLOR DE MÚSCULOS
11. DIARREA O MALESTAR ESTOMACAL

12. PERTENECE A ALGÚN GRUPO DE RIESGO; TALES COMO: OBESIDAD, HIPERTENSIÓN, DIABETES, ENFERMEDADES AUTOINMUNES, INMUNOSUPRESIÓN POR CUALQUIER CAUSA, ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA, FALLA CARDÍACA
13. ESTUVO EN CONTACTO CON ALGUIEN QUE TUVO ALGUNOS DE LOS SÍNTOMAS ANTERIORES Y/O CON ALGÚN PACIENTE POSITIVO CONFIRMADO CON COVID-19?
14. HIZO UN VIAJE INTERNACIONAL EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

15. HIZO UN VIAJE NACIONAL EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS
16. FUMADOR
17. TEMPERATURA 2
18. TEMPERATURA 3

Responsable: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_