

CUESTIONARIO PARA INGRESO A LAS ESTACIONES Y SITIOS DE TRABAJO EN CAMPO COVID-19

GFS.123 R1

Nombre completo : _____ Fecha : _____
Lugar : _____ Compañía: _____

Si usted tiene alguno de los siguientes síntomas y/o tuvo contacto cercano con algún caso positivo o sospechoso de COVID-19, o estuvo en el exterior del país los últimos 14 días en áreas con casos positivos informe al Jefe 2 de Salud y Seguridad (cel. 72125291) de todo el personal que estará en turno en sitio de trabajo o personal de oficina.

Tos seca <small>Sin flema</small> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial Baja <small>Menor a 110 / 70</small> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dificultad para respirar y Fatiga <small>Cansancio</small> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre <small>Temperatura mayor a 37° centígrados</small> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alergia reciente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Frecuencia cardíaca aumentada <small>Mas de 100 latidos por minuto</small> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dificultad para percibir olores <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Saturación oxígeno baja <small>Menor a 90%</small> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Frecuencia respiratoria aumentada <small>Mas de 20 respiraciones</small> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Declaración del solicitante: Yo, _____ certifico que la información suministrada arriba por mí es verdadera.

Firma: _____

Firma y aclaración del médico responsable: _____

***Aplicable solo para Contratistas:**

Registro Fotográfico de Evaluación del Médico Responsable