



FORMATO PARA REPORTE DE SÍNTOMAS COVID-19 RESIDENCIA DEL TRABAJADOR

FOR.HSEQ.39

Revisó-Aprobó: Gerente General

Elaboró: Gerente General

Fecha: 26/05/2020

Versión: 1

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____ CARGO: _____

VERIFICACIÓN COORDINADOR HSEQ: _____ FIRMA: _____

PARA DAR CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO EN EL MANUAL DE BIOSEGURIDAD COVID-19, MARQUE CON UNA X SEGÚN SEA SU ESTADO DE SALUD

FECHA	HORARIO	TEMPERATURA	TOS SECA		MALESTAR GENERAL		DOLOR DE GARGANTA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR		SECRECIÓN NASAL		FIRMA
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	ANTES DE SALIR												
	HORA DE LLEGADA												
	ANTES DE SALIR												
	HORA DE LLEGADA												
	ANTES DE SALIR												
	HORA DE LLEGADA												
	ANTES DE SALIR												
	HORA DE LLEGADA												
	ANTES DE SALIR												
	HORA DE LLEGADA												
	ANTES DE SALIR												
	HORA DE LLEGADA												
	ANTES DE SALIR												
	HORA DE LLEGADA												
	ANTES DE SALIR												
	HORA DE LLEGADA												
	ANTES DE SALIR												
	HORA DE LLEGADA												
	ANTES DE SALIR												
	HORA DE LLEGADA												
	ANTES DE SALIR												
	HORA DE LLEGADA												
	ANTES DE SALIR												
	HORA DE LLEGADA												
	ANTES DE SALIR												
	HORA DE LLEGADA												

OBSERVACIONES: _____
