



**ENCUESTA DE RIESGO INDIVIDUAL
COVID-19**

FOR.HSEQ.42
Revisó-Aprobó: Gerente General
Elaboró: Gerente General
Fecha: 26/05/2020
Versión: 1

NOMBRE COMPLETO					
NÚMERO DE CÉDULA		LUGAR DE EXPEDICIÓN			
MÓVIL		PLACA			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA					
CIUDAD DE RESIDENCIA		PROVEEDOR O CLIENTE:			
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO CELULAR			
NOMBRE DE LAS PERSONAS CON LAS CUALES CONVIVE					
NOMBRE DE LAS PERSONAS CON LAS QUE HA TENIDO CONTACTO PRESENCIAL LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS (DIFERENTES A AQUELLAS CON LAS CUALES CONVIVE)					
¿FUMA?		SI	NO	¿BEBE?	
				SI	NO
SUFRE DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:				SI	
<i>(Diabetes, Enfermedad cardiovascular -Hipertensión Arterial- HTA, Accidente Cerebrovascular - ACV), VIH, Cáncer, Uso de corticoides o inmunosupresores, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica -EPOC, mal nutrición (obesidad y desnutrición)</i>				NO	
				EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUAL:	
¿HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS?					
TOS SECA	SI	NO	MALESTAR GENERAL	SI	NO
DOLOR DE GARGANTA	SI	NO	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	SI	NO
SECRESIÓN NASAL	SI	NO	PÉRDINA DEL GUSTO O EL OLFATO	SI	NO
DOLOR DE CABEZA	SI	NO	DOLOR O PRESIÓN EN EL PECHO	SI	NO
INCAPACIDAD PARA HABLAR	SI	NO	FIEBRE	SI	NO
EN CASO DE HABER TENIDO FIEBRE, POR FAVOR INDIQUE LA TEMPERATURA ALCANZADA				Grados Centígrados	

Los datos suministrados, serán tratados de acuerdo a nuestra política de Tratamiento de Información, y se usarán en caso de que de positivo para COVID 19, en algún momento.

Para constancia se firma en la ciudad de _____ a los _____

del mes de _____ de _____.

C.C. #

Representante Transportes As Reales SAS