	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO
		FOR-SST-01-00
	AUTO REPORTE DE SINTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	FECHA
		02/05/2020
		PAGINA
	1 DE 2	

Este auto reporte de síntomas hace parte de las acciones preventivas adoptadas por la empresa **HOTEL PLAZA DEL LILI S.A.S** frente a la pandemia mundial del COVID 19, con la finalidad de preservar la salud de nuestros trabajadores.

Por favor responda las siguientes preguntas de la manera más honesta y diligencie todas las casillas.

FECHA: _____ TURNO: _____

NOMBRE COMPLETO: _____

CEDULA: _____ CARGO: _____ EDAD: _____

DIRECCION: _____ CELULAR: _____

1. Ha presentado alguno de estos síntomas en los últimos días

SINTOMAS	SI	NO
FIEBRE ALTA – MAYOR A 38 C°		
DIFICULTAD PARA RESPIRAR		
TOS SECA		
MALESTAR GENERAL		
FUERTE DOLORES DE CABEZA		

2. Presenta alguno de los síntomas anteriores (descritos en la pregunta 1), el día de hoy.

SI _____ NO _____

3. Número de personas con las que convive (), conviven usted personas mayores de 60 años

SI _____ NO _____

4. En los últimos días ha estado en contacto con personas que haya viajado al extranjero.


SI _____ NO _____

5. Ha estado en contacto con una persona o caso confirmado de COVID 19 en los últimos días.

SI _____ NO _____

6. Ha estado en contacto con un caso probable de COVID 19 en los últimos días

SI _____ NO _____

	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO
		FOR-SST-01-00
	AUTO REPORTE DE SINTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	FECHA
		02/05/2020
		PAGINA
	2 DE 2	

7. Medio de transporte utilizado para llegar al trabajo: _____

8. Presenta algún tipo de enfermedad base como hipertensión, hipoglicemia, enfermedades respiratorias

SI _____ NO _____

9. Utiliza usted y los miembros de su hogar los elementos de protección y desinfección para realizar diligencias fuera del hogar.

ELEMENTOS	SI	NO
GUANTES		
TAPABOCAS		

HIGIENE	SI	NO
LAVA SUS MANOS CON FRECUENCIA		
GEL ANTIBACTERIAL O ALCOHOL		

OTRO _____

YO _____ Identificado con CC _____ quien desarrollo actividades en la empresa _____ declaro que las respuestas anteriores son verdaderas y soy consciente del compromiso legal que adquiero al omitir algún tipo de información sobre mi estado de salud .

SEGUIMIENTO DIARIA AL TRABAJADOR

10. TOMA DE TEMPERATURA DIARIA

TEMPERATURA INICIO JORNADA _____ GRADOS

TEMPERATURA FINALIZAR JORNADA _____ GRADOS

AUTORIZACION DE INGRESO: SI ___ NO ___

FIRMA QUIEN AUTORIZA INGRESO:

CC.