

	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CODIGO
		FOR-SST-03-00
	ENCUESTA CONDICIONES DE SALUD PROVEEDORES Y VISITANTES	FECHA
		08/05/2020
		PAGINA
		1 DE 2

CUESTIONARIO PARA REPORTE DE SINTOMAS RESPIRATORIOS Y OTROS RELACIONADOS COVID-19

PROVEEDORES- CONTRATISTAS

NOMBRE DE LA EMPRESA A LA CUAL PERTENECE:	FECHA DE REALIZACION DEL CUESTIONARIO: 00/00/0000	
	HORA ENTRADA: 00:00 AM-PM	HORA SALIDA: 00:00 AM-PM

NOMBRE PROVEEDOR: _____ **EMPRESA:** _____

N° DE CEDULA DEL PROVEEDOR: _____

EPS: _____ **ARL:** _____

NOMBRE Y TELEFONO PERSONA CONTACTO EN CASO EMERGENCIA:

CUESTIONARIO	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Ha tenido dificultad para respirar o presenta fiebre igual o mayor a 38°C?			
SINTOMAS RESPIRATORIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
¿En los últimos días ha tenido tos?			
¿En los últimos días ha tenido dolor de garganta?			
¿Ha tenido contacto con alguna persona con diagnóstico de coronavirus?			
¿Le han realizado pruebas para diagnóstico de COVID-19?			
¿Ha estado en contacto con personas diagnosticadas con COVID-19?			
Tiene alguna de las enfermedades preexistentes que son vulnerables para exposición a COVID-19: Diabetes, Cáncer, asma, fibrosis pulmonar- EPOC.			
¿Algún miembro de su familia presenta síntomas respiratorios?			
¿Cuenta con los elementos de protección personal (guantes, tapabocas)?			

TENER EN CUENTA EL DISTANCIAMIENTO QUE SE DEBE TENER CON LOS TRABAJADORES DENTRO DEL HOTEL

TEMPERATURA:

FIRMA Y CEDULA DE QUIEN AUTORIZA EL INGRESO