

1. ENCUESTA DE SINTOMATOLOGIA Y TOMA DE TEMPERATURA:

Objetivo de la encuesta:

La encuesta de sintomatología y toma de temperatura tiene por objetivo reunir información acerca de posibles síntomas que presenten los trabajadores antes de iniciar labores con el fin de reaccionar a tiempo y poder realizar seguimiento al caso

La encuesta de Toma de Temperatura tiene como objetivo conocer el registro de temperatura de cada trabajador al iniciar y terminar labores, con el fin de mantener controlada dicha medición

Descripción de la Encuesta:

La encuesta consta de 6 preguntas cerradas y con respuesta de SI o NO. Esta encuesta recoge la información y se recopila en un Excel para revisar la información aportada.

Enlace para Encuesta:

<https://forms.gle/T2PCy5LP9XQNZR9G8> para realizar en horas de la mañana

Formato Encuesta

[Encuesta de Sintomatología - Mañana.pdf](#)

Enlace para Encuesta:

<https://forms.gle/ubKUeFZCYMBH46Sg8> para realizar en horas de la tarde

Formato Encuesta

[Toma de Temperatura - Tarde.pdf](#)

Encuesta de Sintomatología ¿Has tenido alguno de los siguientes síntomas en las últimas 24 horas?

Autorizo a mi empleador el tratamiento de mis datos personales, incluyendo los de salud que son sensibles, con la finalidad de desarrollar acciones de promoción, prevención, tratamiento para la gestión de riesgo en salud y/o frente a la propagación, contagio y control de COVID-19, acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y Protección Social

***Obligatorio**

1. Nombre *

2. Cédula *

3. Que temperatura presentó al Iniciar actividades laborales? *

4. ¿Dolor de garganta? *

Marca solo un óvalo.

si

No

5. ¿Malestar general y dolor muscular que te limite las actividades de la vida diaria? *

Marca solo un óvalo.

SI

No

6. ¿Pérdida de gusto? *

7. ¿Pérdida de olfato? *

8. ¿Temperatura igual o mayor a 38 grados centígrados tomados con termómetro? *

Marca solo un óvalo.

SI

NO

9. ¿Vives con alguien en proceso de diagnóstico (le ordenaron prueba) o confirmado de tener COVID-19? *

Marca solo un óvalo.

SI

NO

10. ¿En los últimos 14 días has tenido contacto estrecho (por más de 15 minutos, a menos de 2 metros y sin usar elementos de protección personal) con alguien en proceso de diagnóstico (le ordenaron prueba) o confirmado de COVID-19? *

Marca solo un óvalo.

SI

NO

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de Sintomatología ¿Has tenido alguno de los siguientes síntomas en las últimas 24 horas?

Autorizo a mi empleador el tratamiento de mis datos personales, incluyendo los de salud que son sensibles, con la finalidad de desarrollar acciones de promoción, prevención, tratamiento para la gestión de riesgo en salud y/o frente a la propagación, contagio y control de COVID-19, acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y Protección Social

***Obligatorio**

1. Nombre *

Marca solo un óvalo.

- GIBERTO DELGADILLO
- LUIS GABRIEL SAMBONI CASTILLO
- JOSE ELIECER CUBILLOS AMORTEGUI
- ORLANDO MASETA ARIAS
- JORGE CASTIBLANCO JIMENEZ
- CARLOS ENRIQUE AROCA PRADA
- LUIS FRANCISCO SOLANO BENAVIDES
- ROBINSON DAMIAN FONSECA PADRON
- WILLIAM JAVIER RODRIGUEZ PARRA
- RAMON DEVIA
- REINEL MUÑOZ MURCIA
- JAVIER MUÑOZ MURCIA
- CHARLY MEDINA MEDINA
- WALTER MONTOYA GALARZA
- LUIS CARLOS GUAQUETA GARZON

2. Cédula *

Marca solo un óvalo.

- 12182481
- 1010202875
- 79183060
- 7730297
- 7727757
- 83232241
- 83232693
- 93445614
- 14318492
- 6462198
- 1081793939
- 5989485
- 3185724
- 2965171
- 3185867

3. Cual es su Temperatura al terminar labores? *

4. ¿Pérdida de gusto?

5. ¿Pérdida de olfato?

6. ¿Dolor de garganta? *

Marca solo un óvalo.

SI

NO

7. ¿Malestar general y dolor muscular que te limite las actividades de la vida diaria? *

Marca solo un óvalo.

SI

NO

8. ¿Temperatura igual o mayor a 38 grados centígrados tomados con termómetro? *

Marca solo un óvalo.

SI

NO

9. ¿Vives con alguien en proceso de diagnóstico (le ordenaron prueba) o confirmado de tener COVID-19? *

Marca solo un óvalo.

SI

NO

10. ¿En los últimos 14 días has tenido contacto estrecho (por más de 15 minutos, a menos de 2 metros y sin usar elementos de protección personal) con alguien en proceso de diagnóstico (le ordenaron prueba) o confirmado de COVID-19? *

Marca solo un óvalo.

SI

NO

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios