

Hoja de registro de empleados- POR FAVOR, ¡LÁVESE LAS MANOS!

Recuerde: No estreche las manos de otras personas, no las toque ni las abrace

Fecha	Nombre	Hora de entrada	Hora de salida	¿En qué áreas del establecimiento estuvo hoy?	¿Ha tenido usted <i>por lo menos dos de estos síntomas</i> : fiebre, temblores repetidos con escalofríos, dolor de cabeza, diarrea, escalofríos, dolor muscular, dolor de garganta, vómitos, nueva pérdida del olfato/gusto?	¿Trabajó en otro entorno con COVID-19 confirmado?
Número de teléfono		Tos/Dificultad para respirar				
		Sí/No			Sí/No	Sí/No
Número de teléfono		Tos/Dificultad para respirar				
		Sí/No			Sí/No	Sí/No
Número de teléfono		Tos/Dificultad para respirar				
		Sí/No			Sí/No	Sí/No
Número de teléfono		Tos/Dificultad para respirar				
		Sí/No			Sí/No	Sí/No
Número de teléfono		Tos/Dificultad para respirar				
		Sí/No			Sí/No	Sí/No

Por favor, controle si presenta señales y síntomas de infección (tos, falta de aire, fiebre, temblores repetidos con escalofríos, dolor de cabeza, diarrea, escalofríos, dolor muscular, dolor de garganta, vómitos, nueva pérdida del olfato/gusto).

Si presenta síntomas, notifíquenos inmediatamente a _____ . Actualizado 30-4-20