

# Listado del Chequeo de Salud Diario - COVID-19

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la Granja:	Nombre/ # de Unidad de Barraca Domicilio/Dirección:
----------------------	---

Nombre del Supervisor/Registrador:	Tiempo de Chequeo de Salud:
------------------------------------	-----------------------------

COVID-19 Señales y Síntomas: fiebre, tos seca, dificultad al respirar, dolor en los músculos, cansancio, dolor de cabeza, dolor de garganta, secreción nasal

Información del Empleado		Síntomas									Acción Tomada		
Nombre del Empleado	Fecha de llegada	Buen Estado de Salud Reportado No presenta síntomas	Tos	Fiebre	Dificultad al Respirar	Dolor en los Músculos	Cansancio	Dolor de Cabeza	Dolor de Garganta	Secreción Nasal	Buen Estado de Salud Reportado No Acción Requerida	Síntomas Reportados: Auto Aislamiento Inmediato	Proveedor de Salud Médica Contactado Fecha y Nombre del Proveedor

