ENCUESTA DIAGNOSTICO COVID 19

RESPONSABLE: _____ Macar SI O NO

FECHA										FECHA									
NOMBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	FIRMA	NOMBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	FIRMA
FECHA										FECHA									
NOMBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	FIRMA	NOMBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	FIRMA

ENCUESTA DIAGNOSTICO COVID 19

FECHA										**FECHA**									
NOMBRE	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**FIRMA**	**NOMBRE**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**FIRMA**

	PREGUNTAS CUASTIONARIO	SI	NO	DE PREENTAR SINTOMAS DEBE LLAMAR A SU EPS Y NO PERMITIR EL INGRESO A LA PLANTA / ESCRIBA AQUÍ PERSONAL RESTRINGIDO
1	Ha estado con alguna persona con COVID-19?			
2	Fiebre mayor a 38 grados?			
3	Dolor de cabeza?			
4	Presenta tos?			
5	Dolor de garganta ¿			
6	Presenta dificultad para respirar?			
7	Presenta diarrea o vomito?			
8	Conoce algún compañero que tenga estos síntomas?			

NOVEDADES DEL INGRESO

CONVENCIONES

LINEA DE PARA REPORTAR CASOS SOSPECHOSOS DE CORONAVIRUS EN BOGOTA 123