



Declaración de salud diaria Prevención COVID-19

Nombre			
Rut			
Fecha		Firma	

N°	Preguntas	SI	NO	Observaciones
1	Temperatura corporal			
2	¿Ha tenido tos en los últimos días?			
3	¿Tiene Dificultad para respirar? (disnea) Dolor o presión en el pecho			
4	¿Dolor de garganta?			
5	¿Ha sentido dolor de cabeza?			
6	¿Ha tenido síntomas de resfrió?			
7	¿Ha tenido pérdida del sentido del olfato y/o gusto?			
8	¿Ha tenido conjuntivitis?			
9	¿Ha tenido síntomas gastrointestinales? (incluidos náuseas, vómitos y diarrea)			
10	¿Ha tenido Erupciones cutáneas o pérdida del color en los dedos de las manos o de los pies?			
11	¿Su salud en general se encuentra en óptimas condiciones?			
12	Usted forma parte de la población con mayor riesgo: mayor de 60 o con enfermedades pre-existentes (en observaciones indique edad y enfermedades)			
13	Ha viajado fuera del país en los últimos 14 días			
14	Ha tenido contacto con alguna persona o familiar que haya viajado fuera del país en los últimos 14 días o se encuentre en cuarentena			
15	Ha tenido contacto con alguna persona o familiar que haya sido diagnosticado con COVID-19			

Nombre de quien realiza la encuesta	
Rut	
Cargo	



Declaración de salud diaria Prevención COVID-19

Fecha	
Firma	
¿Los trabajadores se encuentran en óptimas condiciones de salud?	SI ☐ NO ☐
Observaciones	

Recomendaciones:

- Lávese frecuentemente las manos con abundante agua y jabón por 20 segundos.
- Evite tocar o acercarse a personas con infecciones respiratorias.
- Al estornudar o toser cúbrase boca y nariz con pañuelos desechables y elimínelos, de no disponer de ellos utilice el antebrazo.
- Utilice alcohol gel.
- Evite el saludo con contacto físico.
- Si su salud no se encuentra en óptimas condiciones, informe inmediatamente a su jefatura directa y prevención de riesgos.