

Declaración Preventiva Covid-19

Nombre			
Apellidos			
Rut		Fecha	
Recinto			

Temperatura				
			Si	No
¿Ha tenido contacto con alguna persona que este identificada como sospechoso o confirmado de infección por COVID-19 en los últimos 14 días?				
¿Presenta uno o más de los siguientes síntomas?				
			Fiebre (37,8° C o más)	
			Dolor de garganta	
			Tos seca	
			Dolor muscular	
			Dolor de cabeza persistente	
			Dificultad para respirar	
			Dolor de tórax	
			Pérdida de sentido del olfato y/o gusto	
			Vómitos	
			Diarrea	
			Calofríos	
¿Ha tomado medicamentos para disminuir la fiebre, (paracetamol, ibuprofeno, etc.) durante las últimas 8 horas?				
Ha sido diagnosticado como Positivo Covid-19 (en caso de responder Si, deberá exhibir certificado de alta)				

Visitas:

Motivo de visita	
Persona que lo espera en nuestro recinto	
Empresa	