

La encuesta debe ser diligenciada a diario y antes de iniciar sus labores. Si la encuesta es realizada a mano en este formato, la evidencia debe ser enviada a Coordinación Administrativa y de SST, por medio de una foto al whatApp asignado para el envío, todos los días antes de iniciar labores.

Nombre:

Fecha:

Cargo / Grado

N°	¿Has tenido alguno de los siguientes síntomas en las últimas 24 horas?	SI	NO
1	¿Tienes malestar general o escalofrío que te limite las actividades de la vida diaria?		
2	¿Tienes dolor muscular o en los huesos?		
3	¿Tienes fiebre? (mayor a 38°C, medida con termómetro)		
4	¿Tienes tos seca y persistente?		
5	¿Tienes dificultad para respirar de inicio reciente?		
6	¿Tienes secreciones nasales o congestión nasal? (no relacionadas con procesos alérgicos)		
7	¿Tienes pérdida del olfato y/o el gusto?		
8	¿Vives con alguien en proceso de diagnóstico (le ordenaron prueba) o confirmado de tener COVID-19?		
9	¿En los últimos 14 días has tenido contacto estrecho (por más de 15 minutos, a menos de 2 metros y sin usar elementos de protección personal) con alguien en proceso de diagnóstico (le ordenaron prueba) o confirmado de tener COVID-19?		

Información copiada de SURA.

Toda la información contenida en este formato es de total veracidad y fue suministrada por voluntad propia; me fue informado el propósito de la información aquí expuesta y el proceso a seguir.