



CONTROL DE INGRESO PORTERÍA PRINCIPAL SOCIOS E INVITADOS COVID-19

Código: SG-CI-COVID-19

Fecha:

Versión: 001

Nombres y Apellidos		Nombre del Subconjunto y N° de Casa	
Cedula de Ciudadanía		N° de Celular	

CONTROL DE INGRESO COVID-19

ÍTEM	PREGUNTA	DD/MM/AAAA		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	¿Presenta tos?			
2	¿Presenta escalofrío?			
3	¿Presenta dolor de garganta?			
4	¿Presenta dolor corporal o malestar general?			
5	¿Presenta dolor de cabeza?			
6	¿Presenta fiebre mayor a 37.8 °C?			
7	¿Presenta perdida del olfato?			
8	¿Presenta dificultad para respirar?			
9	¿Presento fatiga?			
10	¿Ha viajado en los últimos 14 días fuera de la Ciudad?			
11	¿Ha viajado o estado en zonas afectadas por COVID-19?			
12	¿Ha cuidado o estado en contacto con paciente para Positivo COVID-19?			
Sumatoria Ítem Con Resultado Afirmativo				

ÍTEM	VALOR RANGO	CONCLUSIÓN
A	0	No presenta sintomatología
B	1 A 2	Puede ser estrés, tome sus precauciones y observe
C	3 A 5	Hidrátese conserve medidas de higiene, observe y reevalúe en 2 días
D	6 A 9	Acuda a consulta con el médico EPS o Sistema de salud, e informe a su superior inmediatamente
E	10 A 12	Solicite asistencia medica y test clínico para COVID-19 (aíslese y reporte o informe a la empresa las personas que han estado en contacto con usted)

Declaro que la información suministrada en el presente formulario corresponde a la verdad

Firma: