



No. Identificación
FRH - 023

Versión
1

Fecha
21/05/2020

FORMATO DE REPORTE DIARIO SALUD TRABAJADOR

FECHA :	dd	mm	AAAA			
INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR						
APELLIDOS			NOMBRES			
IDENTIFICACIÓN			CARGO		CEL:	
AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD						
<i>Marque una X si presenta alguno de los siguiente sintomas:</i>						
Fiebre	<input type="checkbox"/>	Secreciones Nasales	<input type="checkbox"/>	Fatiga-cansancio	<input type="checkbox"/>	
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	Dolores musculares	<input type="checkbox"/>	Escalofrio	<input type="checkbox"/>	
Tos	<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	Ninguno de los anteriores	<input type="checkbox"/>	
Si tu respuesta es afirmativa a alguna de las preguntas, quedate en casa, reportalo a tu jefe inmediato y solicita orientación a tu EPS						
Lineamientos para su regreso al trabajo:						
1- Si usted presenta sintomas respiratorios no podra ingresar a las instalaciones de la Empresa						
2- Es obligatorio el uso permanente de Elementos de Proteccion Personal durante su permanencia en la Empresa.						
3- Mantenga una distancia de 2 metros entre sus compañeros, no salude mano, abrazo o beso						
4- Recuerde hacer Lavado de manos cada 3 horas, Evite tocarse ojos,nariz o boca con frecuencia						
5- Estornude en el angulo del codo o use pañuelos desechables, Limpie sus objetos personales y la superficie de trabajo						
Entrega de Elementos de Proteccion Personal						
<i>Marque una X los elementos de protccion personal que recibio</i>						
Tapabocas	<input type="checkbox"/>	Bata antifluido	<input type="checkbox"/>			
Guantes	<input type="checkbox"/>	Monogafas	<input type="checkbox"/>			
Careta	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>			

FIRMA _____

