

ANEXOS

Anexo 01 Encuesta salud ocupacional

(NOMBRE DE LA EMPRESA Y LOGO)	ENCUESTA SALUD OCUPACIONAL COVID-19	Formulario N°	
NOMBRE Y APELLIDOS:	C.C.		
SEXO:	EDAD:		
CARGO:	CELULAR:		
FECHA ENCUESTA:	CIUDAD:		
ENCUESTA (MARQUE CON UNA X):	SI	NO	
		COMENTARIOS	
Presenta usted alguno de estos síntomas: • Dificultad para respirar de moderada a grave (no puede decir frases completas) • Fiebre o sentirse afebrados (escalofríos, sudoración) • Dificultad para respirar (no grave) • Tos • Moqueo o congestión nasal • Pérdida de gusto y olfato • Dolor de garganta • Dolores musculares, dolores corporales o dolor de cabeza • Cansancio o fatiga • Náuseas, vómitos o diarrea • Tos con sangre (más de una cucharita) • Signos de presión arterial baja (sensación de frío, palidez, piel sudorosa, aturdimiento, demasiada debilidad para estar de pie) • Respira con dificultad o se queda sin aliento al hablar (dificultad respiratoria extrema). • Labios o rostro azulados. • Dolor intenso y constante o presión en el pecho. • Mareo grave y constante o aturdimiento. • Actúa confundido (nuevo o agravamiento). • Está inconsciente o tiene mucha dificultad para despertarse. • Dificultad para hablar (nuevo o agravamiento). • Ha sentido pérdida de olfato y gusto • Nuevo episodio convulsivo o convulsiones que no cesan.			
¿Ha tomado o está tomando algún medicamento antiviral o antibiótico para algún proceso respiratorio en los últimos 14 días?			
¿Ha acudido a algún médico por alguna sintomatología respiratoria en los últimos 14 días?			
¿Ha estado en contacto con personas expuestas a síntomas respiratorios infecciosos, como tos, fiebre?			Mencione sus nombres:
¿Ha realizado algún viaje nacional o internacional en los últimos 14 días?			Indique el/los lugar/es:
			Indique el/las fechas:
¿En los últimos 14 días a recibido a un familiar de otro país con riesgo COVID-19?			
¿En los últimos 14 días, en su hogar se hospeda una persona de otro país con riesgo COVID-19?			
¿Se administró vacuna contra la influenza en este último año?			Fecha:
¿Se administró vacuna antineumocócica (neumonía) en este último año?			Fecha:
Declaro que toda la información incluida en este formulario es verdadera, correcta, completa, y de mi entero conocimiento. Firma: Nombre: CC: Email:	Recibido por: Firma Nombre del funcionario Nombre del Departamento encargado del personal de la empresa		