HOJA DIARIA DE REGISTRO DE COMPROBACION DE SALUD – COVID-19

Fecha: _____

Nombre de la Granja:		**Nombre de Barraca Dormitorio/Unidad #/Dirección:**
Supervisor/Registrar Nombre:		**Hora de Control de Salud:**

COVID-19 Señales y Síntomas: fiebre, tos seca, dificultad para respirar, dolor muscular, fatiga, dolor de cabeza, dolor de garganta, escurrimiento nasal, pérdida del gusto y el olfato

Información del Trabajador		**Síntomas**										**Medidas Tomadas**		
Nombre del Trabajador	**Fecha de Llegada**	**Reporto Buena Salud No presenta síntomas**	**Tos**	**Fiebre**	**Dificultad para respirar**	**Dolor Muscular**	**Fatiga**	**Dolor de Cabeza**	**Dolor de Garganta**	**Escurrimiento Nasal**	**pérdida del gusto y el olfato**	**Reportó Buena Salud No se Requiere tomar Acciones**	**Reporto Síntomas: Autoaislamiento Inmediato**	**Proveedor de Servicios Medica Contactado Fecha y Nombre del proveedor:**