	FORMATO DE REPORTE DE ESTADO DE SALUD PARA COVID 19	CÓDIGO FOSG-SST43
		021
		04/06/2020

Fecha: _____

Nombre completo: _____

Número de identificación: _____

Dirección: _____


Empresa donde se encuentra en misión: _____

1. ¿Desde hace cuánto experimenta estos síntomas? (Si tiene fecha específica, escríbala)

2. Marque con una equis "X" los síntomas que presentado al día de hoy:

PREGUNTAS	SI	NO
Congestión nasal con o sin secreción nasal.		
dolor de garganta		
Dolor de cabeza		
dificultad para deglutir alimentos		
tos seca o productiva		
fiebre		
escalofríos,		
malestar general		
decaimiento		
algún grado de dificultad respiratoria		
pérdida de apetito		
perdida del gusto y del olfato		

Por favor diligenciar este formato a mano y enviarlo escaneado en PDF al correo [líder.sst@hqcolombia.com](mailto:lider.sst@hqcolombia.com) .

	FORMATO DE REPORTE DE ESTADO DE SALUD PARA COVID 19	CÓDIGO FOSG-SST43
		021
		04/06/2020

3. Con que personas ha tenido contacto en los últimos 14 días que usted recuerde.
