##

## Anexo I – Registro de funcionario con síntomas

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha |  |  | Turno |  |

**1.- Información del funcionario**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido Paterno |  |  | Apellido Materno |  |
|  |
| Nombres |  |  | RUT |  |
|  |
| Teléfono |  |  | E-mail |  |

**2.- Resultado del control**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Posee temperatura por sobre los 37,8 grados Celsius | Si |  |  | No |  |
|  |
| Presenta alguno de los siguientes síntomas (marque comuna X) |
|  |
| Fiebre (temperatura corporal igual o superior a 37,8°C) |  | Tos |  | Disnea o dificultad respiratoria |  |
| Congestión nasal |  | Taquipnea o aumento de la frecuencia respiratoria |  | Odinofagia o dolor de garganta al comer o tragar fluidos |  |
| Mialgias o dolores musculares |  | Debilidad general o fatiga |  | Dolor torácico |  |
| Calofríos |  | Cefalea o dolor de cabeza |  | Diarrea |  |
| Anorexia o náuseas o vómitos |  | Pérdida brusca del olfato o anosmia |  | Pérdida brusca del gusto o ageusia |  |
|  |
| Contacto con personas confirmadas con coronavirus en los últimos 14 días | Si |  |  | No |  |
|  |
| Regreso de un viaje al extranjero en los últimos 14 días | Si |  |  | No |  |

**2.- Observaciones**

|  |
| --- |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma responsable