

FORMATO DE INGRESO.

| Hora | Fecha | Nombre del trabajador | Revisión sintomatología | | | Medio de transporte utilizado | | | | | Personas en su domicilio presentan síntomas relacionados con COVID-19. | | Firma del Trabajador | |
|------|-------|-----------------------|-------------------------|-----------------|--|-------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--|----|----------------------|--|
| | | | Temperatura Corporal | Prueba Pulmonar | Dolor muscular, síntomas de resfriado. | T M | S I T P | B I C I | M O T O | A U T O | Si | No | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

Comentarios:

DIRECTOR DE PRODUCCIÓN
Mario J. Zambrano.