FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE EMPLEADO

NOMBRE

FECHA:														
TEMPERATURA:														
En las últimas 24 horas o desde su último turno ha tenido alguna novedad:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
TOS														
DIFICULTAD PARA REPIRAR														
FIEBRE														
ESCALOFRIOS														
DOLOR DE CABEZA														
DOLO MUSCULAR														
DOLOR DE GARGANTA														
PERDIDA DE SABOR O OLFATO														

NOMBRE

FECHA:														
TEMPERATURA:														
En las últimas 24 horas o desde su último turno ha tenido alguna novedad:	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
TOS														
DIFICULTAD PARA REPIRAR														
FIEBRE														
ESCALOFRIOS														
DOLOR DE CABEZA														
DOLO MUSCULAR														
DOLOR DE GARGANTA														
PERDIDA DE SABOR O OLFATO														