

DECLARACION DEL ESTADO DE SALUD Y RIESGO DE INFECCION POR COVID 19 PROVEEDORES Y OTROS ASISITENTENTES

Nombre y apellidos: _____ Edad: _____ Tipo y número de identificación: _____
 Fecha: _____ Persona en situación de discapacidad Si ___ No ___

El siguiente documento tiene por objeto establecer la presencia de riesgo de infección por Coronavirus en los proveedores y otros asistentes a Emdiagnóstica SAS durante la pandemia de Covid 19

Por favor responda el siguiente cuestionario (Marque con una X)

1- Padece alguna enfermedad pulmonar crónica (asma, EPOC, etc.) severa o padece hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica o enfermedades del corazón serias incluyendo infartos, enfermedad valvular o reemplazos valvulares cardiacos y/o tiene un cardio desfibrilador implantado? Tiene marcapaso?. ¿Padece alteraciones conocidas serias del sistema inmune?	SI	NO
2. ¿Usted o alguien con quien vive, <u>en las últimas 2 semanas</u> , ha tenido fiebre de 38°C o más asociado a dolor de cabeza, tos seca, dificultad respiratoria, dolor de garganta, reducción o pérdida del olfato o el gusto (capacidad de percibir sabores o ha presentado diarrea de reciente aparición?	SI	NO
3. ¿Usted o alguien con quien vive tiene diagnóstico de infección por Covid 10 o ha estado en contacto con alguien en quien se esté sospechando infección por COVID-19 o haya sido diagnosticado con este virus?	SI	NO
4. ¿Usted o alguien con quien vive ha estado fuera del país o en contacto con viajeros provenientes del exterior?	SI	NO
5- En caso de personal asistencial en salud ¿ Tiene sospecha de haber tenido contacto no protegido con un paciente con infección por Covid 19?	SI	NO
6- Está dispuesto a utilizar de manera completa y adecuada todos los elementos de protección personal requeridos durante su estadía en Emdiagnóstica, los cuales serán suministrados por Emdiagnóstica?	SI	NO
7- Confirma que hasta donde es de su conocimiento hasta la fecha de hoy NO tiene diagnóstico de infección pro Covid 19	SI	

Temperatura al ingreso: Mayor de 37,5 grados _____ Menor de 37,5 grados _____

 FIRMA

CC _____ de _____

Notas administrativas: (Para ser diligenciado por el personal de Emdiagnóstica)

Temperatura: _____ (Sólo si se requiere su ingreso a Emdiagnóstica)

CRITERIO	SI	NO
La persona llega con tapabocas		
La persona higieniza sus manos		
La persona mantiene aislamiento social		
La persona acata las recomendaciones del personal de Emdiagnóstica		
La persona presente evidentes síntomas respiratorios		

Emdiagnóstica se permite informar que en caso de observar que durante su estadía en nuestra empresa usted incumplió con las medidas de aislamiento social , no utilizó los elementos de protección personal o puso de alguna manera en riesgo la seguridad de nuestras actividades médicas serán tomadas las medidas policivas y/o legales del caso.