FORMATO DE DECLARACIÓN DE SALUD DE VISITANTES

Nombre del Visitante:	
DNI:	
Nombre de la Empresa:	
Teléfono de contacto:	
Fecha de visita:	

1. Mencione si presenta uno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, malestar general. Dificultad respiratoria, dolor de garganta.

SI ( ) **NO** ( )

2. ¿Ha tenido contacto con alguien que ha estado en un lugar (Nacional o internacional) afectado por COVID-19?

SI ( ) **NO** ( )

3. ¿Ha tenido contacto con alguien sospechoso o con diagnóstico confirmado de COVID-19?

SI ( ) **NO** ( )

4. ¿Has estado fuera del país en los últimos 14 días?

SI ( ) **NO** ( )

¿En caso de Sí, a donde viajó?:_____

FIRMA:.....