

REGISTRO **TRAZABILIDAD**

Empresa:

Nombre Responsable:

Fecha:

INFORMACIÓN PERSONAL

Nº de mesa:

Nombres:

Apellidos:

Rut o pasaporte:

Nacionalidad:

Lugar de procedencia:

Medio de transporte utilizado:

Email:

Nº de Telefono:

ANTECEDENTES DE SALUD

Tuvo contacto con una persona enferma de Coronavirus (COVID-19)?

SI

NO

¿Estuvo enfermo/a en los últimos 30 días?

SI

NO

ANTECEDENTES DE SALUD

Tos

SI

NO

Dificultad respiratoria

SI

NO

Dolor de garganta

SI

NO

Secreciones nasales

SI

NO

Fiebre

SI

NO

Manchas en la piel

SI

NO

Dolor de cabeza

SI

NO

Dolor muscular

SI

NO

Náusea/Vómito

SI

NO

Dolor articular

SI

NO

Registro de temperatura:

Firma: