



PROCESO DE GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
AUTO-REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD ANTE PANDEMIA POR VIRUS COVID-19

Código: FO-GTH-170 **Versión:** 01 **Fecha de aprobación:** 20/05/2020 **Página:** 1 de 1

Fecha: _____ Lugar: _____ Email _____

Nombre completo: _____ Edad _____

Cedula de ciudadanía: _____ Cargo o número de contrato: _____

Numero de celular: _____ Jefe Inmediato o supervisor: _____

Género: Masculino Femenino

1. Marque con una X si usted está presentado alguno de los siguientes síntomas:

1.	Fiebre de difícil control (más de 38°centígrados, por más de 3 días seguidos)	
2.	Dificultad para respirar / ahogo persistente	
3.	Tos frecuente con ahogo	
4.	Fatiga / Debilidad muscular persistente	
5.	Secreciones nasales / Estornudo	
6.	Malestar general persistente	
7.	Síntomas de posible cuadro gripal	
8.	Ninguna de la anteriores	

2. Adicionalmente conteste a las siguientes preguntas marcando con una X en SI o NO, si es afirmativo responda.

a.	¿Ha tenido contacto con alguna persona que presente alguno de los anteriores síntomas durante los últimos 5 días? No _____ Si _____ ¿Con quién? _____
b.	¿Vive con algún familiar que tenga síntomas o ha sido diagnosticado con COVID-19? No _____ Si _____ ¿Con quién? _____
c.	¿Ha consultado a algún servicio de salud por presentar alguno de los anteriores síntomas? No _____ Si _____ ¿Con quién? _____
d.	¿Ha salido del Departamento durante los últimos 15 días?: No _____ Si _____ ¿Cuándo? _____ ¿Dónde estuvo? _____

3. Conteste las siguientes preguntas marcando con una X, Si padece alguna de las siguientes;

a.	Hipertensión arterial en tratamiento con medicamentos	
b.	Diabetes en tratamiento	
c.	Trasplante de órganos	
d.	Cáncer en tratamiento	
e.	Artritis en tratamiento	
f.	Enfermedades Autoinmunes	
g.	Consumo de medicamentos que afectan el sistema inmunológico	
h.	Enfermedades graves de pulmón (EPOC, ASMA)	
i.	Esta lactando en este tiempo actual (pregunta solo para mujeres)	
j.	Ha tenido en los últimos días disminución de la percepción del gusto o del olfato	
k.	Ninguna de las anteriores	

Firma _____

Cédula _____