

ENCUESTA ESTADO DE SALUD TRABAJADORES COVID - 19

Consentimiento informado: En forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, autorizo a Unimafert, para realizar la siguiente encuesta y me comprometo a responder con la verdad.

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. NOMBRE Y APELLIDO *

2. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD *

3. ÁREA: *

4. ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas en las últimas 12 horas? *

Selecciona todos los que correspondan.

- FIEBRE
- TOS SECA
- DIFICULTAD PARA RESPIRAR
- DOLOR MUSCULAR
- PERDIDA DE GUSTO U OLFATO
- DOLOR DE CABEZA
- NINGUNA DE LAS ANTERIORES

5. ¿Cuál es el resultado de la toma de temperatura al entrar? *

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios