

# 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