

**ANEXO 1**  
**REPORTE DE SINTOMAS PARA PERSONAL DE LA INSTITUCION**

Nombre completo:	
Fecha:	
Departamento:	
Área de trabajo:	
Ha tenido contacto con personas sospechosas o que tengan el virus COVID19, o con personas COVID positivo?	
Temperatura:	
Dolor de garganta:	
Tos:	
Dolor de cabeza:	
Dificultad para respirar:	

Hora:	
Nombre del oficial de seguridad:	