

CAJA DE HERRAMIENTAS DE BIOSEGURIDAD



Ficha Medica de Colaboradores

Parte de los preparativos para la reactivación económica de su empresa es contar con una ficha medica de los y las colaboradores, esto consiste en conciliar con el colaborador el llenado de esta ficha para el reintegro a sus funciones laborales. A continuación, encontrara una plantilla para esa actividad.

FICHA MÉDICA

Fecha: _____

A. DATOS GENERALES

Nombre completo: _____

Número de identidad: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Tipo sanguíneo: _____

Profesión u oficio: _____

Cargo que desempeña: _____

Dirección exacta: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono fijo: _____

B. DATOS DE CONTACTO

Nombre de persona contacto: _____

Número de celular de persona contacto: _____

Número de personas con las que vive: _____

Parentesco: _____

C. ANTECEDENTE MÉDICO

SI

NO

¿Padece alguna enfermedad?

¿Cuál?: _____

¿Toma algún medicamento?

¿Cuál?: _____

¿Es alérgico a algún medicamento o alimento?

¿Cuál?: _____

CAJA DE HERRAMIENTAS DE BIOSEGURIDAD



Evaluación de reintegro de colaboradores

Parte de los preparativos para la reactivación económica de su empresa es la evaluación médica de los y las colaboradores, esto consiste en conciliar con el colaborador el llenado de esta evaluación para el reintegro a sus funciones laborales. A continuación, encontrará una plantilla para esa actividad.

EVALUACIÓN DE REINTEGRO

Fecha: _____

Nombre completo: _____

Número de identidad: _____

Cargo que desempeña: _____

Departamento o unidad: _____

Ha presentado los siguientes síntomas en los últimos 20 días:

A. SINTOMAS FRECUENTES	SI	NO
Fiebre alta		
Tos seca		
Dolor de garganta		

B. SINTOMAS MENOS COMUNES	SI	NO
Dolores musculares o corporales		
Pérdida del sentido del olfato o del gusto		
Congestión nasal		
Nauseas o vómito		
Diarrea		

C. SINTOMAS GRAVES	SI	NO
Cansancio o fatiga		
Dificultad para respirar o sensación de falta de aire		

¿Ha estado en contacto con personas que han presentado estos síntomas o han dado positivo a una prueba de COVID-19 en los últimos 20 días?		
--	--	--

D. SIGNOS CLÍNICOS

Presión arterial (PA): _____

Temperatura (T): _____

Frecuencia Cardíaca (FC): _____

Frecuencia Respiratoria (FR): _____

Saturación de oxígeno (SAT): _____

E. OBSERVACIONES

***Todo lo anterior lo he contestado diciendo la verdad.**

Firma del colaborador

Firma del médico