



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	<del>NO</del>	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	<del>poca tos</del>	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	<del>poco dolor</del>	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	<del>poco dolor</del>	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	<del>poca molestia</del>	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	<del>poco dolor</del>	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: *Maria Marcela paez Mendoza*

N° DOCUMENTO: *1065010537*

ARL: *Calmena*

*12-11-20*



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: *Xiomara Sanchez*

N° DOCUMENTO: *63363882*

ARL: *positiva*

*12-11-20*



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	<input checked="" type="checkbox"/> poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	<input checked="" type="checkbox"/> poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	<input checked="" type="checkbox"/> poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	<input checked="" type="checkbox"/> poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	<input checked="" type="checkbox"/> poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE:

*Carlos Córdoba Cortina*

N° DOCUMENTO:

*77027324*

ARL:

*Colmena*

*12-11-20*



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: *Andrea Sierra Quintero*

N° DOCUMENTO: *1143365422*

*12-11-20*

ARL: *Sura*



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	pocu dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: *Vanessa Montoya Bermudez*

N° DOCUMENTO: *1065623368*

ARL: *positiva*

*12-11-20*



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSOO CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: *Evaderis Suarez E.*

N° DOCUMENTO: *1065809053*

ARL: *Positiva*

*12-11-20*



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	pocu dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE:

Leodan Parada Viquez

N° DOCUMENTO:

17953940

ARL:

12-11-20



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	NO ✓	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	NO ✓	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	NO ✓	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	NO ✓	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	NO ✓	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	NO ✓	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	NO ✓	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	NO ✓	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: Leipzig Amaya Castro

N° DOCUMENTO: 49 798 197

ARL: Positiva

12-11-20





## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: *Sohadys Mendocera Lopez*

N° DOCUMENTO: *1192779476*

ARL: *Positiva*

*12-11-20*



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE:

Blanca Pino López

N° DOCUMENTO:

1065830066

ARL:

12-11-20



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: *Luis Cabello Donado*

N° DOCUMENTO: *1143365423*

ARL: *P-*

*12-11-21*



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: Shirley Hernandez M.

N° DOCUMENTO: 1065664305

ARL: Positiva

12-11-20



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	<input checked="" type="checkbox"/> poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	<input checked="" type="checkbox"/> poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	<input checked="" type="checkbox"/> poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	<input checked="" type="checkbox"/> poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	<input checked="" type="checkbox"/> poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: *Katia Ovalle Junco*

N° DOCUMENTO: *1065570180*

ARL: *Positiva*

*12-11-20*



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	<input checked="" type="checkbox"/> poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	<input checked="" type="checkbox"/> poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	<input checked="" type="checkbox"/> poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	<input checked="" type="checkbox"/> poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	<input checked="" type="checkbox"/> poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: *haren Hernandez con*

N° DOCUMENTO: *49798135*

ARL: *Positiva*

*12-11-20*



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: *Echeverez emilé Beleno*

N° DOCUMENTO: *77017508*

ARL: *Positiva*

*12-11-20*



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
TÉ DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	pocu dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSOO CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: Wilmer Hinojosa Cautillo

N° DOCUMENTO: 1192758648

ARL: Positiva

12-11-20





## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	pocu dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSOO CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: Socorro de la Flor De la Flor

N° DOCUMENTO: 42492769

ARL: Positiva

12-11-20



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	<del>NO</del>	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	<del>poca tos</del>	<del>tos persistente</del>
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	<del>poco dolor</del>	<del>fuerte dolor</del>
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	<del>poco dolor</del>	<del>fuerte dolor</del>
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	<del>poca molestia</del>	<del>fuerte molestia</del>
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	<del>poco dolor</del>	<del>fuerte dolor</del>
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: *Ebenecer emilè Beleno*

N° DOCUMENTO: *77.017508*

ARL: *positiva*

*11-11-2020*



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	<del>NO</del>	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: *Javier Ruedz Lozada*

N° DOCUMENTO: *90251389*

ARL: *Pur.*

*10-11-20*



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	<input checked="" type="checkbox"/> poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	<input checked="" type="checkbox"/> poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	<input checked="" type="checkbox"/> poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	<input checked="" type="checkbox"/> poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	<input checked="" type="checkbox"/> poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE:

Carlos Peralta Cano

N° DOCUMENTO:

77.171.776

ARL:

Famitiva

11-11-20



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE:

Luis Cabello Donzolo

N° DOCUMENTO:

1143365423

ARL:

010-10-20



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	pocu dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSOO CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: Roxana Olivero S Iugue

N° DOCUMENTO: 1003265102

10-11-20

ARL:



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: Blanca Pino López

N° DOCUMENTO: 1065.930066

ARL: positiva

10-11-20



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	<del>NO</del>	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	poca dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: Johadys Mercedes López

N° DOCUMENTO: 1192779476

ARL: Positiva

10-11-20





## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	<del>NO</del>	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: Leipzig Amaya castro

N° DOCUMENTO: 49.798.197

ARL: positiva

10-11-2



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	<del>NO</del>	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	<del>poco dolor</del>	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	<del>poco dolor</del>	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	<del>poca molestia</del>	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	<del>pocu dolor</del>	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSOO CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: *Leodan Parada*

N° DOCUMENTO: *17.953.940*

*10-11-20*

ARL:



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: *Ebenezer Emilé Beleño*

N° DOCUMENTO: *77.017.508*

ARL: *positiva*

*10-11-20*



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	<del>NO</del>	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	<del>poca tos</del>	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	<del>poco dolor</del>	fuerte dolor
TÉ DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	<del>poco dolor</del>	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	<del>poca molestia</del>	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	<del>pocu dolor</del>	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSOO CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: *Evadoris Suarez Rodriguez*

N° DOCUMENTO: *1065809.053*

ARL:

*Positiva*

*10-11-20*



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	<del>NO</del>	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	<del>poca tos</del>	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	<del>poco dolor</del>	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	<del>poco dolor</del>	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	<del>poca molestia</del>	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	<del>poco dolor</del>	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: *Lauren Hernandez cuan*

N° DOCUMENTO: *49 798 135*

*10-11-20*

ARL: *positiva*



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	<del>NO</del>	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	<del>poca tos</del>	<del>tos persistente</del>
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	<del>poco dolor</del>	<del>fuerte dolor</del>
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	<del>poco dolor</del>	<del>fuerte dolor</del>
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	<del>poca molestia</del>	<del>fuerte molestia</del>
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	<del>poco dolor</del>	<del>fuerte dolor</del>
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	<del>NO</del>	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: *Katia Ovalle Jurco*

N° DOCUMENTO: *1065570.180*

ARL: *positiva*

*10-11-20*



## ENCUESTA DIARIA COVID-19 A PERSONAL MEDICO-ADMISTRATIVO(ARL)

HAS TENIDO FIEBRE? (MAYOR O IGUAL A 38°C)	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
TE HAS TOMADO LA TEMPERATURA CON UN TERMOMETRO?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	RESULTADO:
HAS TENIDO TOS SECA?	sin tos	<input checked="" type="checkbox"/> poca tos	tos persistente
SIENTES QUE TE CANSAS CON EL MINIMO ESFUERZO?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO MALESTAR GENERAL? (MALUQUERA)	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES QUE TE DUELEN LOS MUSLOS?	sin dolor	<input checked="" type="checkbox"/> poco dolor	fuerte dolor
TE DUELE LA CABEZA ?	sin dolor	<input checked="" type="checkbox"/> poco dolor	fuerte dolor
SIENTES QUE RESPIRAS NORMAL?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
SIENTES ALGUNA MOLESTIA EN EL PECHO?(OPRESION O ARDOR)	ninguna molestia	<input checked="" type="checkbox"/> poca molestia	fuerte molestia
HAS TENIDO LA NARIZ TAPADA O FLUIDO NASAL?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO DOLOR DE GARGANTA ?	sin dolor	<input checked="" type="checkbox"/> poco dolor	fuerte dolor
HAS TENIDO DIARREA ?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO
HAS TENIDO CONTACTO EN LOS ULTIMOS 14 DIAS O VIVES CON ALGUIEN SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE TENER COVID-19?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NO ESTOY SEGURO

NOMBRE: *Wilmer Hinojosa Cautillo*

N° DOCUMENTO: *1192758648*

*10-11-20*

ARL: *positiva*





Por favor contesta las siguientes preguntas con relación a tu estado de salud el **día de hoy**

¿Has tenido fiebre? (Mayor o igual a 38 °C)

SI  NO  NO  
Estoy Seguro

¿Te has tomado la temperatura con un termómetro?

SI  NO  NO  
Tengo Termómetro

¿Si te mediste la temperatura con un termómetro, cuánto te dio?

Resultado  Grado Celsius (Centígrados)

¿Has presentado tos seca?

Sin tos seca  Poca tos  Tos Persistente

¿Sientes que te cansas con el mínimo esfuerzo?

SI  NO  NO  
Estoy Seguro

¿Has tenido malestar general ("maluquera")?

SI  NO  NO  
Estoy Seguro

¿Sientes que te duelen los músculos?

Sin dolor

Poco dolor

Fuerte dolor

¿Te duele la cabeza?

Sin dolor

Poco dolor

Fuerte dolor

¿Sientes que respiras normal?

SI

NO

NO  
Estoy Seguro

¿Sientes alguna molestia en el pecho?  
("opresión o ardor")

Ninguna Molestia

Poca Molestia

Fuerte Molestia

¿Has tenido la nariz tapada o fluido nasal?

SI

NO

NO  
Estoy Seguro

¿Has tenido dolor de garganta?

Sin dolor

Poco dolor

Fuerte dolor

¿Sientes que has dejado de percibir olores y/o sabores?

SI

NO

NO  
Estoy Seguro

¿Has tenido diarrea? SI  NO  Estoy Seguro NO

¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19? SI  NO  Estoy Seguro NO

*(Para trabajadores de la Salud, conteste afirmativamente, en los casos de contacto menor a (1) metro de distancia y más de (15) minutos, sin uso de EPP)*

Los canales de atención establecidos por el Gobierno Nacional para detección del COVID-19 son las líneas telefónicas 192 (desde un celular) o 018000955590 (Línea nacional).

**#PositivaTeAcompaña**



## AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS COVID-19

DESCARGAR INSTRUCTIVO

EVALUACIONCOVID/DESCARGARINSTRUCTIVOAUTOEVALUACIONCOVID

**\* Tipo de Documento Usuario**

CÉDULA DE CIUDADANIA



**\* Número Documento del Usuario**

26863757

MARGARITA NORIEGA CARDENAS

SANTA HELENA DEL VALLE IPS SAS



72-77-2020

Por favor contesta las siguientes preguntas con relación a tu estado de salud el **día de hoy**

¿Has tenido fiebre? (Mayor o igual a 38 °C)

SI



NO

Estoy Seguro

NO

¿Te has tomado la temperatura con un termómetro?



SI



NO

Tengo Termómetro

NO

¿Si te mediste la temperatura con un termómetro, cuánto te dio?

Resultado  Grado Celsius (Centígrados)

¿Has presentado tos seca?



Sin tos seca



Poca tos



Tos Persistente

¿Sientes que te cansas con el mínimo esfuerzo?

SI



NO

Estoy Seguro

NO

¿Has tenido malestar general ("maluquera")?

SI



NO

Estoy Seguro

NO

¿Sientes que te duelen los músculos?

Sin dolor

Poco dolor

Fuerte dolor

¿Te duele la cabeza?

Sin dolor

Poco dolor

Fuerte dolor

¿Sientes que respiras normal?

SI

NO

NO  
Estoy Seguro

¿Sientes alguna molestia en el pecho?  
("opresión o ardor")

Ninguna Molestia

Poca Molestia

Fuerte Molestia

¿Has tenido la nariz tapada o fluido nasal?

SI

NO

NO  
Estoy Seguro

¿Has tenido dolor de garganta?

Sin dolor

Poco dolor

Fuerte dolor

¿Sientes que has dejado de percibir olores y/o sabores?

SI

NO

NO  
Estoy Seguro

¿Has tenido  
diarrea?

SI



NO



NO

Estoy  
Seguro

¿Has tenido  
contacto en los  
últimos 14 días o  
vives con alguien  
sospechoso o  
confirmado de  
tener COVID-19?

SI



NO



NO

Estoy  
Seguro

*(Para trabajadores de la  
Salud, conteste  
afirmativamente, en los  
casos de contacto menor  
a (1) metro de distancia  
y más de (15) minutos,  
sin uso de EPP)*

Los canales de atención establecidos por el Gobierno Nacional para detección del COVID-19 son las líneas telefónicas 192 (desde un celular) o 018000955590 (Línea nacional).

**#PositivaTeAcompaña**



## AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS COVID-19

DESCARGAR INSTRUCTIVO

EVALUACIONCOVID/DESCARGARINSTRUCTIVOAUTOEVALUACIONCOVID

\* Tipo de Documento Usuario

CÉDULA DE CIUDADANIA



\* Número Documento del Usuario

1065831145

HAROLD DAVID ESCAMILLA ORTEGA HAROLD DAVII

SANTA HELENA DEL VALLE IPS SAS



12-11-20



Por favor contesta las siguientes preguntas con relación a tu estado de salud el día de hoy

¿Has tenido fiebre? (Mayor o igual a 38 °C)

SI  NO  Estoy Seguro  NO

¿Te has tomado la temperatura con un termómetro?

SI  NO  Tengo Termómetro  NO

¿Si te mediste la temperatura con un termómetro, cuánto te dio?

Resultado  Grado Celsius (Centígrados)

¿Has presentado tos seca?

Sin tos seca  Poca tos  Tos Persistente

¿Sientes que te cansas con el mínimo esfuerzo?

SI  NO  Estoy Seguro  NO

¿Has tenido malestar general ("maluquera")?

SI  NO  Estoy Seguro  NO

¿Sientes que te duelen los músculos?

Sin dolor

Poco dolor

Fuerte dolor

¿Te duele la cabeza?

Sin dolor

Poco dolor

Fuerte dolor

¿Sientes que respiras normal?

SI

NO

NO  
Estoy Seguro

¿Sientes alguna molestia en el pecho?  
("opresión o ardor")

Ninguna Molestia

Poca Molestia

Fuerte Molestia

¿Has tenido la nariz tapada o fluido nasal?

SI

NO

NO  
Estoy Seguro

¿Has tenido dolor de garganta?

Sin dolor

Poco dolor

Fuerte dolor

¿Sientes que has dejado de percibir olores y/o sabores?

SI

NO

NO  
Estoy Seguro

¿Has tenido  
diarrea?

SI



NO



NO

Estoy  
Seguro

¿Has tenido  
contacto en los  
últimos 14 días o  
vives con alguien  
sospechoso o  
confirmado de  
tener COVID-19?

SI



NO

NO

Estoy  
Seguro

*(Para trabajadores de la  
Salud, conteste  
afirmativamente, en los  
casos de contacto menor  
a (1) metro de distancia  
y más de (15) minutos,  
sin uso de EPP)*

Los canales de atención establecidos por el Gobierno Nacional para detección del COVID-19 son las líneas telefónicas 192 (desde un celular) o 018000955590 (Línea nacional).

**#PositivaTeAcompaña**