ENCUESTA PRE - INGRESO PARA INCORPORACION LABORAL SEGUIDO A CONTINGENCIA NACIONAL

Con el objetivo de dar seguimiento a la salud de la población posterior al periodo de cuarentena y dar seguridad de su adecuada incorporacion laboral, se ha desarrollado este formato como un metodo de prevencion donde se evaluara si el trabajador presenta algun antecendente que lo clasifique como población vulnerable para el COVID-19, adicional de su estado de salud durante la cuarentena.

CUIDAD		**NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENCUESTA**		**CC**			
NOMBRE DEL TRABAJADOR		**CEDULA**		**EDAD**		**GENERO**	
FECHA DE NACIMIENTO		**NACIONALIDAD**		**DIRECCION DE DOMICILIO**			
TALLA (estatura)		**PESO**		**IMC**		**INTERPRETACION**	
EPS							

ANTECEDENTES DE SALUD: Marque con una X si la respuesta es afirmativa

	ASMA		INMUNOSUPRESION		ENFERMEDADES REUMATOLOGICAS
	ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA (EPOC)		HIPERTENSION ARTERIAL		EMBARAZO
	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES		CANCER		TABAQUISMO
	DIABETES		OBESIDAD		ALCOHOLISMO
	ENFERMEDAD RENAL CRONICA		DESNUTRICION		ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS

En caso que presente otra enfermedad que no este descrita, informe cual. _____

¿Está tomando algún medicamento? Si la respuesta es positiva, escriba cuál_____

SIGNOS Y SINTOMAS AL INGRESO Y VALORACION : Ha presentado alguno de los siguientes sintomas en los ultimos 15 dias , Marque con una X si la respuesta es afirmativa

TEMPERATURA CUANTIFICADA A LA HORA DE LA VALORACION	Valor _____	Se considera estado febril (37,1- 37,9) SI____ NO___ o Fiebre (38 en adelante)SI ____ NO _____	

	TOS		**NAUSEAS**		**DIARREA**
	DIFICULTAD RESPIRATORIA		**VOMITO**		**DOLOR ABDOMINAL**
	TAQUIPNEA		**DOLOR EN EL PECHO**		**DOLOR DE CABEZA**
	DOLOR DE GARGANTA		**MALESTAR GENERAL**		**OTROS** _____
	ESCALOFRIOS		**CANSANCIO MUSCULAR**		**CUAL?**

ENCUESTA PRE - INGRESO PARA INCORPORACION LABORAL SEGUIDO A CONTINGENCIA NACIONAL

SEGUIMIENTO DEL MEDIO EN EL QUE SE ENCUENTRA EN TRABAJADOR	SEGUIMIENTO CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
	1. ¿Durante el periodo de cuarentena le diagnosticaron COVID 19 o alguna enfermedad respiratoria?				
	2. ¿ En el ultimo mes ha asistido a centros hospitalarios o presento alguna incapacidad?				
	3. ¿Algun miembro de su familia presento o ha presentado en los ultimos 30 dias sintomas asociados al COVID 19?				
	4. ¿Tiene conocimiento de alguna persona cercana en su lugar de residencia, conjunto o barrio que halla sido diagnosticada con COVID 19?				
	5.¿ Algun miembro de su familia esta considerado como poblacion vulnerable (adultos mayores de 60 años, mujeres en embarazo o personas con antecedentes ?				
	6. ¿Durante el periodo de cuarentena cumplio las recomendaciones establecidas por las autoridades?				
	8. ¿ Ha viajado en el ultimo mes?				
	9. ¿Se considera poblacion vulnerable?				

Concepto Cualitativo de condiciones del trabajador (Describa de manera breve de acuerdo con lo observado si el trabajador es apto para la incorporacion laboral de acuerdo con las recomendaciones nacionales)**:**

COMPROMISOS ADQUIRIDOS

MEDIDAS DE	ACCIONES
EN LA EMPRESA	Se compromete a realizar desinfeccion de manera rutinaria en todas las superficies de contacto frecuente del lugar de trabajo, como puestos de trabajo, teclados, teléfonos, barandillas y manijas de puertas. Proporcionar agua y jabón en el lugar de trabajo para realizar lavado de manos y gel antibacterial. Garantizar que los suministros adecuados estén siempre disponibles. Realizar la valoracion pre-operacional y el seguimiento a todos los trabajadores.
EN EL TRABAJADOR	El trabajador se compromete a adoptar una cultura de autocuidado. Dar repuesta a los seguimientos sin ocultar informacion y dando datos certeros. Realizar lavado frecuente de manos con agua y jabón. Usar, cuidar y mantener el buena higiene los Elementos de Protección Personal – EPP, entregados. Mantener el distanciamiento minimo de 2 metros. No realziar visitar ni permitir visitas de familiares en sus casas. Tomar todas las medidas preventivas emitidas por el Ministerio de Salud y la empresa.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo identificado con cédula de ciudadanía número de

por medio del presente documento manifiesto que he sido informado de manera precisa y con lenguaje sencillo sobre los sintomas, mecanismos de prevención, manejo

de casos sospechosos o confirmados de COVID19, medidas preventivas incluyendo desinfección, lavado de manos, manejo de ropa, uso de EPP, plan de comunicaciones,

limpieza de áreas y todo lo relativo a los protocolos de bioseguridad establecidos por la organización y he podido hacer las preguntas relativas a esta temática. De esta

forma autorizo el uso de mis datos para estas actividades y me comprometo a apoyar las labores que en materia de prevención la organización adelanta.

FIRMA DEL TRABAJADOR
Nombre
Cedula

FIRMA DE QUIEN REALIZA ENCUESTA
Nombre
Cedula