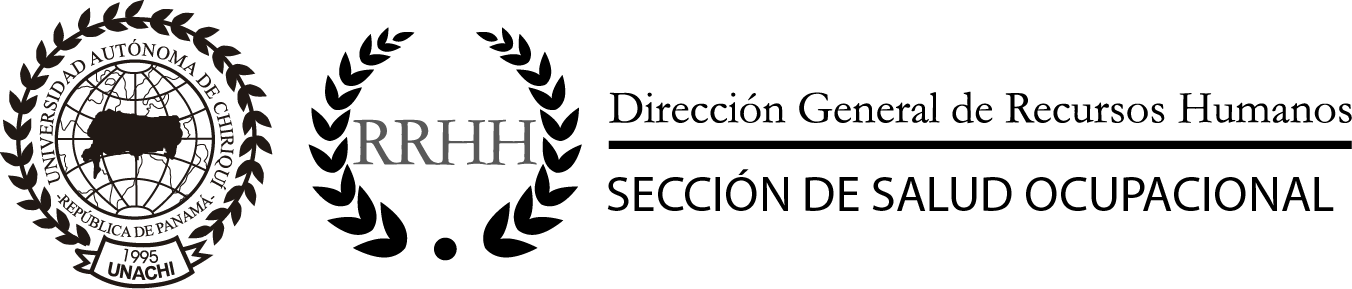
**Unidad Administrativa**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



**SECCIÓN SALUD Y SEGURIDAD LABORAL**

**Bitácora del personal que labora en la UNACHI para vigilancia periódica de las condiciones de salud**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo |  | | |
| Cédula |  | Edad |  |
| Fecha de nacimiento |  | Celular |  |
| Dirección |  | | |
| Enfermedades crónicas que padece: □ Hipertensión  □ Diabetes  □ Enfermedades cardiovasculares  □ Enfermedades respiratorias  □ Cáncer  □ Otras \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vigilancia de las condiciones de salud** | **Fecha** | | **Fecha** | | **Fecha** | | **Fecha** | | **Fecha** | | **Fecha** | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **Sí** | **No** | **Sí** | **No** | **Sí** | **No** | **Sí** | **No** | **Sí** | **No** | **Sí** | **No** |
| Ha viajado o ha tenido contacto con viajeros. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ha tenido contacto con personal de salud u hospitales COVID-19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tiene algún familiar en cuarentena u observación por COVID-19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Presenta síntomas por COVID-19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ha recibido orientación y manejo del estrés laboral. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cuenta con transporte propio para ir al trabajo. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cuenta con equipo de protección personal de acuerdo a su riesgo de exposición en el trabajo. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |