

	INSTRUCTIVO MEDIDAS SANITARIAS PROTOVOLO COVID-19 CONTROL ACCESO TEMPLO	<i>Iglesia del Señor</i> <b>San Bernardo</b> <small>URMENETA 40</small>
---	---	---

Fecha: Día:	Mes:	Año:
-------------	------	------

Identificación:

Nombres y apellidos:

\_\_\_\_\_

RUN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_ °C

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nacionalidad:

Chilena: \_\_\_\_ Otro (especificar): \_\_\_\_\_

País de residencia/ Dirección donde reside/ Comuna/ Región:

\_\_\_\_\_

**1. Información de contacto:**

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (si tiene): \_\_\_\_\_

**2. Información de salud:**

Mencione el o los países que estuvo en los últimos 30 días:

Ninguno: \_\_\_\_ Si (especifique): \_\_\_\_\_

¿Tuvo contacto con una persona enferma con coronavirus (Covid-19)?

Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

¿Estuvo usted enfermo en los últimos 30 días?

Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

Síntomas:

\_\_\_\_ Ninguno

\_\_\_\_ Tos

\_\_\_\_ Fiebre

\_\_\_\_ Dificultad respiratoria

\_\_\_\_ Secreciones nasales

\_\_\_\_ Manchas en la piel

\_\_\_\_ Dolor de cabeza

\_\_\_\_ Dolor muscular

\_\_\_\_ Náuseas/ vómito

\_\_\_\_ Dolor auricular

\_\_\_\_ Otro (especifique):

\_\_\_\_\_

Nombre y firma declarante