

FORMATO CONTROL DE VISITANTES

Nombre de la Dependencia a donde Ingresará: _____

Fecha de ingreso	Nombre	No de identificación	Teléfono celular	Dependencia / empresa	Cargo / ocupación (para contratista)	Presenta Alguno de los síntomas COVID19*		Edad	Contacto en caso de emergencia	
						Si	No		Nombre	Teléfono celular

* Fiebre superior a 38°C, Cansancio, Tos seca, Malestar general, Dificultad respiratoria, Dolor torácico, Congestión nasal, Dolor muscular, Fatiga, Dolor de cabeza, Dolor de garganta.