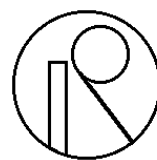


Encuesta de salud del visitante cuestionario para el virus COVID-19



RÖTHEL

Referenz-Nr.

Revision 0, 08.05.2020

Información personal

Nombre y apellido:

.....

Dirección:

.....

.....

Telefon-Nr.:

.....

Visita en nombre de:

.....

Agencia de reenvío / empleador

.....

Nombre / dirección /
número de teléfono

.....

Propósito de la visita:

Entrega de una carga

Recogiendo una carga

Varios. (.....)

Llegada:

..... (Fecha / hora)

Persona de contacto:

..... (Signo de nombre)

Salida:

..... (Fecha / hora)

Preguntas generales sobre COVID-19:

1. ¿Ha estado en el área de riesgo en los últimos 14 días?

Si

No

2. ¿Has estado en contacto con alguien que ha sido diagnosticado con COVID-19?

Si

No

3. ¿Has notado los siguientes síntomas en ti?

fiebre tos dolor de garganta dificultad para respirar diarrea ninguno

Si es así, ¿desde cuándo?

.....
Fecha / firma

SP