**** 

**REGISTRO INGRESO DE VISITANTES Y PROVEEDORES**

***Nombre Institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Localización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vereda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**Semana del \_\_\_ al \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2021**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombres y apellidos** | **Documento de identidad** | **No. Teléfono** | **Dirección de Residencia** | **Barrio en el que reside** | Registre **SI** o **NO**, según corresponda a su situación. | | | | | | | | | |
| ¿Dolor de garganta? | ¿Malestar general y dolor muscular que te limite las actividades de la vida diaria? | ¿Fiebre igual o mayor a 38 grados medida con termómetro? | ¿Tos seca y persistente de inicio reciente? | ¿Dificultad para respirar de inicio reciente? | ¿Pérdida del olfato y/o el gusto? | ¿Actualmente te encuentras en aislamiento y en espera del resultado de una prueba para Coronavirus COVID-19? | ¿Actualmente te encuentras en aislamiento luego de haber sido diagnosticado con prueba positiva para Coronavirus COVID-19? | ¿Vives con alguien en proceso de diagnóstico (le ordenaron prueba) o confirmado de tener COVID-19? | ¿En los últimos 14 días has tenido contacto estrecho con alguien en proceso de diagnóstico de COVID-19? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |