

 <b>MAB</b> INGENIERÍA DE VALOR	<b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADA</b> <b>MAB INGENIERIA DE VALOR S.A - CHILE</b> <b>AREA ADMINISTRATIVA</b>	<b>Código:</b> <b>FAA-40</b>
		<b>Página:</b> <b>1 de 1</b>
		<b>Versión:</b> <b>01</b>
		<b>Fecha:</b> <b>01-09-2020</b>
<b>FORMULARIO</b>	<b>CONTROL MATUTINO SEMANAL – DETECCIÓN TEMPRANA</b>	

**1. CONTROL SEMANAL INGRESO MATUTINO A LAS INSTALACIONES DE LA OFICINA O FAENA**

Mes: \_\_\_\_\_

PERIODO _____	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES	
NOMBRE PERONAL	Síntomas (Si/No)	Temperatura								

**2. INDICACIONES**

- En el ítem **PERIODO** indicar el inicio y fin de la semana en que se llevará y control (Ejemplo. 07 al 11)
- En **TEMPERATURA**, indicar los grados Celsius que marque el termómetro al momento del ingreso
- En el recuadro **SÍNTOMAS**, indicar si el colaborador ha presentado o no al menos dos de los siguientes síntomas:
  - Tos Seca
  - Dolor de Garganta
  - Fiebre
  - Dolor Corporal Fuerte
  - Sensación de Cansancio extremo acompañado de escalofríos

3. En el caso que se presenten por parte de algún colaborador, al menos dos de los síntomas indicados o temperatura corporal arriba de 38° Celsius y que, además, haya sido parte de la **red de contactos estrechos** de personas confirmadas con el virus COVID 19, solicitar que asista inmediatamente al centro de salud más cercano o al de su elección, para la toma del examen PCR y confirmación o descarte formal de contagio por parte de las autoridades de salud autorizadas para hacerlo.