



# Formulario de información de viajes interregionales para prevenir contagio por Coronavirus COVID-19 (Versión 3)

## 1.- Datos del trabajador(a)

Nombre del(la) Trabajador(a):	Fecha:
SAP o RUT:	
Fecha de Nacimiento:	Fono Contacto:
Empresa: El Teniente: <input type="checkbox"/>	Otra: <input type="checkbox"/> Nombre empresa:

### En caso de laborar en una empresa distinta a El Teniente, completar los siguientes datos:

Gerencia:	Ingeniero(a) Residente Empresa Contratista:
Administrador(a) de Contrato El Teniente:	

## 2.- Datos de viaje:

Región de procedencia: _____	Fecha del viaje: _____
Comuna de procedencia: _____	
Ciudad de Origen: _____	Ciudad de Destino: _____
Seleccione medio de transporte:	Auto <input type="checkbox"/> Tren <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/>
Línea de Buses: _____	Horario: _____

## 3.- Preguntas para autochequeo

<b>3.1</b> ¿Proviene de alguna comuna que actualmente está en cuarentena?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>3.2</b> ¿Tuvo contacto estrecho * con un caso confirmado de coronavirus (covid-19)?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>3.3</b> ¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 15 días?		
Tos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<p><b>*Contacto estrecho:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Haber mantenido más de 15 minutos de contacto cara a cara, a menos de un metro.</li> <li>- Haber compartido un espacio cerrado por 2 horas o más.</li> <li>- Vivir o pernoctar bajo el mismo techo</li> <li>- Haber viajado en cualquier medio de transporte cerrado a una proximidad menor de un metro.</li> </ul> <p><b>Si alguna de estas respuestas es Si, debe informar de inmediato a su jefatura directa y al Jefe de Unidad de Salud Ocupacional de División El Teniente</b></p>
Fiebre sobre 37.8°C: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dificultad respiratoria: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Dolor Muscular: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dolor torácico/ abdominal: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Dolor de garganta: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pérdida del olfato: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	