

## Anexo 1 - Cuestionario de seguridad COVID-19

El siguiente cuestionario tiene como objetivo obtener información de cada trabajador, para poder determinar si se encuentra en condiciones de salud o no para retomar sus actividades en la empresa.

Nombre y Apellido.....

DNI.....Legajo.....

**Marque con una cruz en caso de respuesta afirmativa:**

1.	¿Se encuentra dentro del grupo de riesgo: mayores de 60 años, diabéticos, enfermedades respiratorias, embarazadas, entre otros? Indique cuál/es:
2.	¿Usted o algún miembro de su familia ha regresado en los últimos 14 días de algún país de emergencia como: China, España, Italia, Estados Unidos, Corea del Sur, Brasil, Chile, Ecuador, entre otros?
3.	¿Usted o algún miembro de su familia tenga un historial de viaje o residencia de zonas de transmisión local, (ya sea comunitaria o conglomerados) de COVID-19 en Argentina?
4.	¿Usted o algún miembro de su familia ha estado con alguna persona con COVID-19 confirmado en los últimos 14 días?
5.	¿Usted o algún miembro de su familia posee alguno de los siguientes síntomas: fiebre, dolor de cabeza, tos, cansancio, dolor de garganta o dificultad para respirar? Indique cuál/es:

Lugar y Fecha.....

Firma.....