REGISTRO DE CONTROL DEL ESTADO DE SALUD DE PERSONAS.

**REGISTRO**

# FICHA TÉCNICA DE LA INFOGRAFÍA

**NOMBRE DEL DOCUMENTO:** Registro de control del estado de salud de personas.

**FECHA DE EMISIÓN:** 11 de junio del 2020**. Edición:** Primera edición

**VERSIÓN:** 001.

**FUENTE:** Ministerio de Salud. **EDICIÓN GRÁFICA:** NSCA-INA**. LUGAR:** SAN JOSÉ, COSTA RICA**.**

# BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Ministerio de Salud. (2020). LS-CS-003. Lineamientos específicos para el Sector Turismo ante el Coronavirus (COVID-19). Costa Rica: Versión 001. Recuperado de: [https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre\_ministerio/prensa/docs/ls\_sc\_003\_turismo\_160](https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/prensa/docs/ls_sc_003_turismo_16052020.pdf) [52020.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/prensa/docs/ls_sc_003_turismo_16052020.pdf)

Ministerio de Salud. (2020). *Lineamientos Nacionales para la Vigilancia de la enfermedad COVID-19*. Costa Rica: Versión 13, 21 de mayo del 2020. Recuperado de: [https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre\_ministerio/prensa/docs/lineamientos\_n](https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/prensa/docs/lineamientos_nacionales_vigilancia_infeccion_coronavirus_21052020_v13.pdf) [acionales\_vigilancia\_infeccion\_coronavirus\_21052020\_v13.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/prensa/docs/lineamientos_nacionales_vigilancia_infeccion_coronavirus_21052020_v13.pdf)

|  |
| --- |
| Registro de control diariodel estado de salud del personal |
| FECHA: |

|  |
| --- |
| **INSTRUCCIONES:*** Complete de forma clara, ordenada y puntual, el siguiente registro, anotando los datos personales que se solicitan.
* En el apartado correspondiente a la Sintomatología, marque con una **“X”** en caso de manifestar alguno o varios de los síntomas ahí señalados, en las últimas 24 horas. En caso de no presentar síntomas, deje la casilla en blanco.
* En el apartado correspondiente a Nexo epidemiológico, responda con un **“Sí**” o con un **“No”**, a cada una de las preguntas que se plantean en este registro. En este apartado, se deben de responder estas tres preguntas diariamente.
* En caso de obtener al menos una respuesta afirmativa tanto en el apartado de Sintomatología como el de Nexo epidemiológico, deberá notificar
 |
| **NOMBRE COMPLETO** | **ÁREA / DEPARTAMENTO** | **SINTOMATOLOGÍA** | **NEXO EPIDEMIOLÓGICO** |
| **FIEBRE** | **TOS** | **DOLOR DE GARGANTA** | **DIFICULTAD RESPIRATORIA** | **CONGESTIÓN NASAL** | **PÉRDIDA DEL OLFATO** | **CAMBIO EN LA PERCEPCIÓN DEL GUSTO** | ¿En los últimos 14 días, usted ha estado en contacto directo con una persona confirmada o sospechosa por COVID-19? | ¿En los últimos 14 días, usted ha estado en contacto directo con una persona que ha estado en contacto con otra persona confirmada o sospechosa por COVID-19? | ¿En los últimos 14 días, usted ha estado fuera del país o ha estado en contacto directo con una persona que ha estado fuera del país? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Página de

|  |
| --- |
| Registro de control diariodel estado de salud de personas turistas |
| FECHA: |

|  |  |
| --- | --- |
| **PERSONA QUE LLENA EL REGISTRO:** | **FIRMA:** |
| **INSTRUCCIONES:*** Complete de forma clara, ordenada y puntual, el siguiente registro, anotando los datos personales que se solicitan.
* En el apartado correspondiente a la Sintomatología, marque con una **“X”** en caso de manifestar alguno o varios de los síntomas ahí señalados, en las últimas 24 horas. En caso de no presentar síntomas, deje la casilla en blanco.
* En el apartado correspondiente a Nexo epidemiológico, responda con un **“Sí**” o con un **“No”**, a cada una de las preguntas que se plantean en este registro. En este apartado, se deben de responder estas tres preguntas diariamente.
* En caso de obtener al menos una respuesta afirmativa tanto en el apartado de Sintomatología como el de Nexo epidemiológico, deberá notificar
 |
| **NOMBRE COMPLETO** | **NACIONALIDAD** | **SINTOMATOLOGÍA** | **NEXO EPIDEMIOLÓGICO** |
| **FIEBRE** | **TOS** | **DOLOR DE GARGANTA** | **DIFICULTAD RESPIRATORIA** | **CONGESTIÓN NASAL** | **PÉRDIDA DEL OLFATO** | **CAMBIO EN LA PERCEPCIÓN DEL GUSTO** | ¿En los últimos 14 días, usted ha estado fuera del país o ha estado en contacto directo con una persona que ha estado fuera del país? | ¿En los últimos 14 días, usted ha estado en contacto directo con una persona confirmada o sospechosa por COVID-19? | ¿En los últimos 14 días, usted ha estado en contacto directo con una persona que ha estado en contacto con otra persona confirmada o sospechosa por COVID-19? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Página de