|  |  |
| --- | --- |
| **Datos** | **Detalle** |
| Nombre de la persona trabajadora con caso sospechoso o confirmado de Covid-19. |  |
| Número de Identificación |  |
| Número de Celular |  |
| Área en la que labora |  |
| Departamento |  |
| Nombre del Jefe Directo |  |
| Nombre Completo de los compañeros de trabajo con quiénes tuvo contacto (menos de 2 metros). El Supervisor debe solicitar los números de teléfono de compañeros con los que tuvo contacto directo. |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Lista de equipos o herramientas utilizadas en las labores que ejecuta |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Lugares donde estuvo dentro de las instalaciones *(baños, salas, cafetines, comedor, Salas de reunión, oficinas, líneas de producción, etc)* |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Fuente: Ministerio de salud de Costa Rica, 2020. (<https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/prensa/docs/guia_continuidad_negocio_v1_21042020.pdf> )