|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **UNIDAD DE TALENTO HUMANO** | **Código:** | **GTH-F-29** |
| **UNIDAD SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** | **Versión:** | **2** |
| **TEST DE AUTO-REPORTE DIARIO DE CONDICIONES DE SALUD PARA COVID-19** | **Página:** | **1 de 1** |
| A continuación, encontrará una serie de preguntas que corresponden al test de auto-reporte diario de Condiciones de salud para COVID-19 por favor responda la encuesta. Al terminar de responder sume los números de las respuestas, verifique el valor en la tabla de puntaje como referencia y tenga presente la Conducta a seguir. (Cuando la respuesta a la pregunta es SI, colocando el número del puntaje de calificación en la Columna Respuesta, si es NO coloque 0). | | | |
| **PREGUNTAS** | | **PUNTAJE** | **RESPUESTA** |
| ¿Presenta tos recurrente o espontánea, hoy o en días previos? (2 o 3 días antes) | | **Si=1** |  |
| ¿Presenta escalofrío recurrente o espontáneo, hoy o en días previos? (2 o 3 días antes) | | **Si=1** |  |
| ¿Presenta dolor de garganta recurrente o espontáneo, hoy o en días previos? (2 o 3 días antes) | | **Si=1** |  |
| ¿Presenta dolor corporal o malestar general recurrente o espontáneo, hoy o en días previos? (2 o 3 días antes) | | **Si=1** |  |
| ¿Presenta dolor de cabeza recurrente o espontáneo hoy o en días previos? (2 o 3 días antes) | | **Si=1** |  |
| ¿Presenta fiebre mayor a 37.8 °C., recurrente o espontánea, hoy o en días previos? (2 o 3 días antes) | | **Si=1** |  |
| ¿Presenta alteraciones gastrointestinales (diarrea, náuseas o vómito), recurrente o espontánea, hoy o en días previos? (2 o 3 días antes) | | **Si=1** |  |
| ¿Presenta dificultad para respirar como si no entrara aire a sus pulmones de manera recurrente o espontánea, hoy o en días previos? (2 o 3 días antes) | | **Si=1** |  |
| ¿Presenta fatiga o real deterioro de sus movimientos y de sus ganas de hacer algo, y es recurrente o espontáneo hoy o en días previos? (2 o 3 días antes) | | **Si=2** |  |
| ¿Ha viajado en los últimos 14 días fuera de la ciudad a municipios no colindantes con Manizales? | | **Si=2** |  |
| ¿Presenta pérdida del olfato y/o gusto, hoy o en días previos? (2 o 3 días antes) | | **Si=3** |  |
| ¿Ha cuidado o ha estado en contacto con paciente positivo covid19 en los últimos 15 días? | | **Si=3** |  |
| **TOTAL DE LA SUMA DEL VALOR DE LAS RESPUESTAS** | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TABLA DE PUNTAJE COMO REFERENCIA AL PROTOCOLO COVID 19** | |
| **0 A 2 CONTINUE TRABAJANDO** | Puede ser estrés, tome sus precauciones y observe |
|
| **3 A 5 AISLAMIENTO EN CASA** | Hidrátese conserve medidas de higiene, observe y reevalúe en 2 días |
|
| **6 A 11 AISLAMIENTO EN CASA OBSERVACION MEDICA** | Acuda a consulta con el médico EPS o institución de salud, e informe a su superior inmediatamente |
|
| **11 o más AISLAMIENTO EN HOSPITAL** | Solicite asistencia médica y test clínico para COVID19 (aíslese y reporte o informe a la empresa las personas que han estado en contacto con usted) |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaboró** | **Revisó** | **Aprobó** | **Fecha de vigencia** |
| Líder de Seguridad y salud en el Trabajo | Dirección de Aseguramiento de la Calidad  Directora Servicio Médico | Rectoría | Febrero 2021 |

**Control de Cambios**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ítem** | **Cambios** |
| Test de auto-reporte diario de condiciones de salud para Covid-19 | Actualización de las preguntas 8 y 11 para incluir síntomas por cambio en las manifestaciones de salud |