Dirección de **GESTIÓN EN SEGURIDAD E HIGIENE Y CALIDAD** / Facultad de Ciencias VETERINARIAS / UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA	Fecha: 20-06-01
	Código:
(R) Control de sintomatología compatible COVID-19	Revisión: 00

Este formulario tiene carácter de declaración jurada

Dependencia o Servicio*:* ……

Fecha …… Hoja Nº……..

Apellido y Nombre	Temperatura		Perdida olfato		Perdida gusto		Tos		Dolor de garganta		Dificultad Respirat.		Alguien de contacto estrecho tuvo o tiene síntomas		**Firma y aclaración**
	-37	+37	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
1/															
2/															
3/															
4/															
5/															
6/															
7/															
8/															
9/															
10/															
11/															