



Comercializadora Industrial Merdiz S. de R.L. de C.V.

Fecha de aplicación: 06/08/2020

Nombre del entrevistado: Alejandro Montes

En los últimos 7 días a tenido alguno de los síntomas siguientes:

| Síntomas: | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Fiebre | | | | | | | | | | | | | | | | |
| tos, estornudos | | | | | | | | | | | | | | | | |
| malestar general | | | | | | | | | | | | | | | | |
| dolor de cabeza | | | | | | | | | | | | | | | | |
| dificultad para respirar | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Temperatura registrada | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y firma de quien realizó el filtro | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seguimiento telefonico para personal en resguardo domiciliario | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mantiene síntomas COVID 19

Esta hospitalizado

Tiene enfermedades crónicas relacionadas con vulnerabilidad a contraer COVID 19

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD PARA EL TRABAJO

Cuestionario Filtro de Entrada

Lunes

Martes

Miércoles

Jueves

Viernes

Sábado

Acción de corrección

No. de Revisión

Formato

Contenido

Página

1 de 1

03/08/2020

08/08/2020

F-MMS-02

0

1

0

34.30

36.0

35.80

34.50

36.0

35.10

35.10

35.10

35.10

35.10

35.10

35.10

35.10

35.10

35.10

35.10

35.10

35.10

35.10

35.10

35.10

35.10

35.10

1.- El llenado de este cuestionario es responsabilidad del encargado del filtro de entrada

Si el personal presenta temperatura superior a 37 grados debiera ser canalizado al área de espera para una segunda toma de temperatura si en la segunda toma después de 15 minutos continua con fiebre avisar al encargado de la sucursal para que lo canalice a su unidad de salud

El Gerente de sucursal es el responsable de canalizar a las personas con síntomas de COVID 19 a su unidad médica para que sea atendido

El gerente de sucursal es el responsable de según el monitoreo de semáforo de alerta sanitaria y no este en verde canalizar a su casa al personal vulnerable

Fecha de aplicación del filtro

Nombre del entrevistado:

Si presenta fiebre, asociado con el resto de los síntomas acuda a su unidad de salud mas cercana a su domicilio y siga las indicaciones del personal médico

Se recomienda permanecer en casa para evitar contagios a otras personas y tener una pronta recuperación

conservar este talon que comprueba su asistencia

Temperatura

tos,

Síntomas


estornudos



malestar

general

dolor de cabeza

dificultad para respirar

|  | | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD PARA EL TRABAJO | | | | | | | | | | Fecha de elaboración: 03/08/2020 Fecha de aprobación: 08/10/2020 Código: F-MMS-02 No. de Revisión: 0 Formato: 1 Contenido: 0 Página: 1 de 1 | |
|--|--|--|--------|-----------|--------|---------|--------|----|----|----|----|---|--|
| Comercializadora Industrial Merdiz S. de R.L. de C.V. | | Cuestionario Filtro de Entrada | | | | | | | | | | Acción de corrección | |
| Nombre del entrevistado: Jesus Gonzalez | | Lunes | Martes | Miercoles | Jueves | Viernes | Sabado | | | | | | |
| En los ultimos 7 dias a tenido alguno de los sintomas siguientes: | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | |
| Sintomas: | | | | | | | | | | | | | |
| Fiebre | | | | | | | | | | | | | |
| tos, estornudos | | X | | | | | | | | | | | |
| malestar general | | X | | | | | | | | | | | |
| dolor de cabeza | | X | | | | | | | | | | | |
| dificultad para respirar | | X | | | | | | | | | | | |
| Temperatura registrada | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y firma de quien realizo el filtro | | 34.8 | 35.1 | 35.1 | 34.8 | 36.0 | 34.7 | | | | | | |
| Seguimiento telefonico para personal en resguardo domiciliario | | | | | | | | | | | | | |
| Mantiene sintomas COVID 19 | | No | | | | | | | | | | | |
| Esta hospitalizado | | No | | | | | | | | | | | |
| Tiene enfermedades cronicas relacionadas con vulnerabilidad a contraer COVID 19 | | No | | | | | | | | | | | |
| 1.- El llenado de este cuestionario es responsabilidad del encargado del filtro de entrada | | | | | | | | | | | | | |
| 2.- Si el personal presenta temperatura superior a 37 grados debera ser canalizado al area de espera para una segunda toma de temperatura si en la segunda toma despues de 15 minutos continua con fiebre avisar al encargado de la sucursal para que lo canalice a su unidad de salud | | | | | | | | | | | | | |
| 3.- El Gerente de sucursal es el responsable de canalizar a las personas con sintomas de COVID 19 a su unidad medica para que sea atendido | | | | | | | | | | | | | |
| 4.- El gerente de sucursal es el responsable de segun el monitoreo de semaforo de alerta sanitaria y no este en verde canalizar a su casa al personal vulnerable | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de aplicacion del filtro | | Temperatura tos, malestar | | | | | | | | | | | |
| Nombre del entrevistado: | | Sintomas estornudos dolor de cabeza dificultad para respirar | | | | | | | | | | | |
| Si presenta fiebre, asociado con el resto de los sintomas acuda a su unidad de salud mas cercana a su domicilio y siga las indicaciones del personal medico | | | | | | | | | | | | | |
| Se recomienda permanecer en casa para evitar contagios a otras personas y tener una pronta recuperacion | | | | | | | | | | | | | |
| conservar este talon que comprueba su asistencia | | | | | | | | | | | | | |

|  | | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD PARA EL TRABAJO | | | | | | | | | | Fecha de elaboración: 03/08/2020 Fecha de aprobación: 06/08/2020 Código: F-MMS-02 No. de Revisión: 0 Formato: 1 Contenido: 0 Página: 1 de 1 |
|--|--|---|--------|-----------|--------|---------|--------|----|----|----|-------|---|
| Comercializadora Industrial Merdiz S. de R.L. de C.V. | | Cuestionario Filtro de Entrada | | | | | | | | | | Acción de corrección |
| Nombre del entrevistado: HORACIO FURBE | | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | | | | | |
| En los últimos 7 días a tenido alguno de los síntomas siguientes: | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | |
| Síntomas: | | | | | | | | | | | | |
| Fiebre | | X | | X | X | | | | | | X | |
| tos, estornudos | | X | | X | X | | | | | | X | |
| malestar general | | X | | X | X | | | | | | X | |
| dolor de cabeza | | X | | X | X | | | | | | X | |
| dificultad para respirar | | X | | X | X | | | | | | X | |
| Temperatura registrada | | 36.0° | 35.1° | 34.8° | 35.2° | 36.2° | 34.8° | | | | 34.8° | |
| Nombre y firma de quien realizó el filtro | |  | | | | | | | | | | |
| Seguimiento telefonico para personal en resguardo domiciliario | | | | | | | | | | | | |
| Mantiene síntomas COVID 19 | | NO | | | | | | | | | | |
| Esta hospitalizado | | NO | | | | | | | | | | |
| Tiene enfermedades crónicas relacionadas con vulnerabilidad a contraer COVID 19 | | NO | | | | | | | | | | |
| 1.- El llenado de este cuestionario es responsabilidad del encargado del filtro de entrada | | | | | | | | | | | | |
| Si el personal presenta temperatura superior a 37 grados debera ser canalizado al area de espera para una segunda toma de temperatura si en la segunda toma despues de 15 minutos continua con fiebre avisar al encargado de la sucursal para que lo canalice a su unidad de salud | | | | | | | | | | | | |
| 2.- El Gerente de sucursal es el responsable de canalizar a las personas con síntomas de COVID 19 a su unidad medica para que sea atendido | | | | | | | | | | | | |
| El gerente de sucursal es el reponsable de segun el monitoreo de semaforo de alerta sanitaria y no este en verde canalizar a su casa al personal vulnerable | | | | | | | | | | | | |
| 4.- | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de aplicion del filtro | | Temperatura tos, malestar general | | | | | | | | | | |
| Nombre del entrevistado: | | Síntomas estornudos dolor de cabeza dificultad para respirar | | | | | | | | | | |
| Si presenta fiebre, asociado con el resto de los síntomas acuda a su unidad de salud mas cercana a su domicilio y siga las indicaciones del personal medico | | | | | | | | | | | | |
| Se recomienda permanecer en casa para evitar contagios a otras persnas y tener una pronta recuperacion | | | | | | | | | | | | |
| conserve este talon que comprueba su asistencia | | | | | | | | | | | | |