



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

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD PARA EL

Fecha de elaboración: 22 de mayo 2020

Fecha de aprobación: 22 de mayo 2020

Código: F-MMS-02

No. de Revisión: 0

Formato: 1


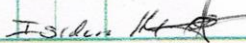
Contenido: 0

Página: 1 de 1

Cuestionario Filtro de Entrada

| Fecha de aplicación: | Lunes | Martes | Miercoles | Jueves | Viernes | Sabado | Accion de correccion | | | | | |
|---|-------------|-----------------|------------------|-----------------|--------------------------|--------|----------------------|----|----|----|----|----|
| Nombre del entrevistado: | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | | | | | | |
| En los últimos 7 días a tenido alguno de los síntomas siguientes: | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Sintomas: | | | | | | | | | | | | |
| Fiebre | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| tos, estornudos | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| malestar general | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| dolor de cabeza | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| dificultad para respirar | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| Temperatura registrada | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| Nombre y firma de quien realizo el | 32.4 | 35 | 31 | 30 | 33 | 33 | | | | | | |
| Seguimiento telefonico para personal en resguardo domiciliario | | | | | | | | | | | | |
| Mantiene sintomas COVID 19 | | | | | | | | | | | | |
| Esta hospitalizado | | | | | | | | | | | | |
| Tiene enfermedades cronicas relacionadas con vulnerabilidad a contraer CVID 19 | | | | | | | | | | | | |
| <p>1.- El llenado de este cuestionario es responsabilidad del encargado del filtro de entrada Si el personal presenta temperatura superior a 37 grados C debera ser canalizado al area de espera para una segunda toma de temperatura si en la segunda toma despues de 15 minutos</p> <p>2.- continua con fiebre avisar al encargado de la sucursal para que lo canalice a su unidad de el Gerente de sucursal es el responsable de canalizar a las personas con sintomas de COVID</p> <p>3.- 19 a su unidad medica para que sea atendido</p> <p>4.- El gerente de sucursal es el reponsable de segun el monitoreo de semaforo de alerta sanitara y no este en verde canalizar a su casa al personal vulnerable</p> | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de aplicion del filtro | Temperatura | | | | | | | | | | | |
| Nombre del entrevistado: | Sinto mas | tos, estornudos | malestar general | 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 persnas y tener una pronta recuperacion | | | | | | | | | | | | |
| Conserve este taon que compruebe su asistencia | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--|-----------------|------------------|-----------------|--------------------------|----------------|---------------------------------------|----|
|  Comercializadora Industrial Merdiz S. de R.L. de C.V. | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD PARA EL | | | | | | Fecha de elaboración: 22 de mayo 2020 | |
| | | | | | | | Fecha de aprobación: 22 de mayo 2020 | |
| | Cuestionario Filtro de Entrada | | | | | | Código: F-MMS-02 | |
| | | | | | | | No. de Revisión: 0 | |
| | | | | | | | Formato: 1 | |
| | | | | | | Contenido: 0 | | |
| | | | | | | Página: 1 de 1 | | |
| Fecha de aplicación: | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Acción de corrección | |
| Nombre del entrevistado: | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | | |
| En los últimos 7 días a tenido alguno de los síntomas siguientes: | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Síntomas: | | | | | | | | |
| Fiebre | | | | | | | | |
| tos, estornudos | | | | | | | | |
| malestar general | | | | | | | | |
| dolor de cabeza | | | | | | | | |
| dificultad para respirar | | | | | | | | |
| Temperatura registrada | | | | | | | | |
| Nombre y firma de quien realizó el | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 <i>[Firma]</i> | |
| Seguimiento telefonico para personal en resguardo domiciliario | | | | | | | | |
| Mantiene síntomas COVID 19 | | | | | | | | |
| Esta hospitalizado | | | | | | | | |
| Tiene enfermedades crónicas relacionadas con vulnerabilidad a contraer COVID 19 | | | | | | | | |
| 1.- El llenado de este cuestionario es responsabilidad del encargado del filtro de entrada Si el personal presenta temperatura superior a 37 grados C deberá ser canalizado al área de espera para una segunda toma de temperatura si en la segunda toma después de 15 minutos 2.- continúa con fiebre avisar al encargado de la sucursal para que lo canalice a su unidad de el Gerente de sucursal es el responsable de canalizar a las personas con síntomas de COVID 3.- 19 a su unidad medica para que sea atendido 4.- 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 | Temperatura | | | | | | | |
| Nombre del entrevistado: | Síntomas | tos, estornudos | malestar general | 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 personas y tener una pronta recuperación Conserve este talon que compruebe su asistencia | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|-----------------|------------------|-----------------|--------------------------|-----------|-----------------------|-----------------|
|  | SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD PARA EL | | | | | | Fecha de elaboración: | 22 de mayo 2020 |
| | | | | | | | Fecha de aprobación: | 22 de mayo 2020 |
| | Comercializadora Industrial Merdiz S. de R.L. de C.V. | | | | | | Código: | F-MMS-02 |
| | | | | | | | No. de Revisión | 0 |
| | | | | | | | Formato | 1 |
| Cuestionario Filtro de Entrada | | | | | | Contenido | 0 | |
| | | | | | | Página | 1 de 1 | |
| Fecha de aplicación: | Lunes | Martes | Miercoles | Jueves | Viernes | Sabado | Acción de corrección | |
| Nombre del entrevistado: | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | | |
| En los últimos 7 días a tenido alguno de los síntomas siguientes: | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Síntomas: | | | | | | | | |
| Fiebre | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| tos, estornudos | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| malestar general | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| dolor de cabeza | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| dificultad para respirar | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Temperatura registrada | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 |
| Nombre y firma de quien realizó el |  | | | | | | | |
| Seguimiento telefonico para personal en resguardo domiciliario | | | | | | | | |
| Mantiene síntomas COVID 19 | ✓ | | | | | | | |
| Esta hospitalizado | ✓ | | | | | | | |
| Tiene enfermedades crónicas relacionadas con vulnerabilidad a contraer COVID 19 | | | | | | | | |
| <p>1.- El llenado de este cuestionario es responsabilidad del encargado del filtro de entrada. Si el personal presenta temperatura superior a 37 grados C deberá ser canalizado al área de espera para una segunda toma de temperatura si en la segunda toma después de 15 minutos continúa con fiebre avisar al encargado de la sucursal para que lo canalice a su unidad de 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.</p> <p>2.- 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.</p> | | | | | | | | |
| Fecha de aplicación del filtro | Temperatura | | | | | | | |
| Nombre del entrevistado: | Síntomas | tos, estornudos | malestar general | dolor de cabeza | dificultad para respirar | | | |
| <p>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</p> <p>se recomienda permanecer en casa para evitar contagios a otras personas y tener una pronta recuperación</p> <p>Conserve este talon que compruebe su asistencia</p> | | | | | | | | |