

PROTOCOLO SANITARIO COVID - 19 MINSAL DE CHILE

RESTAURANT CAUSA NOSTRA VALPARAISO

Fecha *



Fecha

Hora *

:
Hora Minutos

Nombre *

Nombre Segundo Nombre Apellido

Edad

Documento de Identidad *

Número de teléfono *

-

Código de área Número de teléfono

Email *

ejemplo@ejemplo.com

Cargo *



Sintomas: A presentado los siguientes síntomas en los últimos 7 días? *

- Fiebre
- Marcada y repentina pérdida del olfato
- Dificultad para respirar
- Dolor de garganta intenso o tos
- Marcada pérdida de gusto repentina
- Ninguno

Cual es su temperatura actual *

Medido en °C

Firma *

