


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 *