REGISTRO DE CASO CONFIRMADO

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS** | **DETALLE** |
| Nombre de la persona |  |
| Número de cédula |  |
| Número de celular |  |
| Dirección exacta de residencia (Provincia, cantón y distrito) |  |
| Oficina en que labora |  |
| Circuito en que labora |  |
| Clase de puesto |  |
| Nombre de Jefatura |  |
| Lista de herramientas o equipos empleados en las labores que realiza |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Lugares donde estuvo dentro de las instalaciones (baños, salas, comedor, oficinas, salas de reuniones, etc.) |  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **REGISTRO DE COMPAÑEROS (AS) DE TRABAJO CON QUIENES ESTUVO EN CONTACTO DESDE LAS 48 HORAS PREVIO A INICIO DE SÍNTOMAS O TOMA DE PRUEBA** |
| **NOMBRE** | **CÉDULA** | **CORREO** | **NÚMERO CONTACTO** | **DIRECCIÓN EXACTA LUGAR DE RESIDENCIA** | **FECHA ÚLTIMO CONTACTO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |