

**Seguimiento y Registro de Personal en Contacto  
Aislamiento Respiratorio – COVID – 19**



Fecha del Registro	Nombre de la Persona que ingresa a la habitación	Cargo	Utilización de los Elementos de Protección Individual Completos		Actividad realizada durante el ingreso	Accidente o Incidente Laboral		Observaciones
			Si	No		Si	No	
<b>Jefe de Turno Responsable del Registro</b>								
<b>Mañana</b>		<b>Tarde</b>			<b>Noche</b>			