|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** |   | **N° DE DOCUMENTO** |   |
| **CONTACTO** **EMERGENCIA**  |   | **TELEFONO** |   |
| **COMPONENTE USAR**  |   | **FECHA** |   |

|  |
| --- |
| ***Responda las siguientes preguntas***  |
| 1. *¿Tiene actualmente alguna restricción laboral o por enfermedad?* ***Sí*** *\_\_\_\_\_\_* ***No*** *\_\_\_\_\_\_*
2. *¿Ha estado en incapacitado por lesión o enfermedad en los últimos 14 días?*  ***Sí*** *\_\_\_\_\_\_* ***No*** *\_\_\_\_\_\_*
3. *¿Tiene antecedentes de enfermedad crónica con o sin tratamiento?* ***Sí*** *\_\_\_\_\_\_* ***No*** *\_\_\_\_\_\_*
4. *¿Está tomando actualmente medicamentos?*

 *(liste medicamento y condición de salud)* ***Sí*** *\_\_\_\_\_\_* ***No*** *\_\_\_\_\_\_**(Medicamento)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (condición) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(Medicamento)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (condición) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(Medicamento)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (condición) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*1. *¿Tiene alguna lesión o problema osteomuscular que limite su movilidad?*  ***Sí*** *\_\_\_\_\_\_* ***No*** *\_\_\_\_\_\_*

 |
| ***“Certifico que la información registrada es verdadera, las respuestas se contestaron con honestidad y conocimiento del riesgo al cual me podría exponer si oculto información sobre mi condición de salud.”*** | ***Firma***  |
| **EXAMEN FISICO** |
| ***HORA*** | *\_\_\_\_:\_\_\_\_* | ***Pulso*** |  | ***Respiración*** |  | ***Presión arterial*** |  */* | ***T°*** |  | ***SatOx2*** |  |
| ***HORA*** | *\_\_\_\_:\_\_\_\_* | ***Pulso*** |  | ***Respiración*** |  | ***Presión arterial*** |  */* | ***T°*** |  | ***SatOx2*** |  |
| *Cabeza y cuello*  |  |
| *Cardiopulmonar*  |  |
| *Abdomen*  |  |
| *Extremidades*  |  |
| *Neurológico*  |  |
| ***Observaciones:*** | ***Certificado de vacunación internacional***  | ***Sí*** | ***No*** |
| ***Aprobado despliegue*** |  | ***No aprobado*** |  | ***Motivo no aprobado su despliegue***  |
| ***Jefe Médico:******Firma:*** |
| ***Líder Equipo USAR:******Firma:*** |

**Monitoreo Diario**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Hora** | **Fc** | **Fr** | **TA** | **O2x** | **T°** | **Síntomas** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Procedimientos**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Hora** | **Síntomas** | **Tratamiento** | **Medicamentos** | **Realizado por** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |