

Marca temporal	FECHA A	AM O PM	NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACION	CELULAR DE CONTACTO	TEMPERATURA
-----------------------	----------------	----------------	----------------------------	---------------------------------	----------------------------	--------------------

TOS SECA	DOLOR DE CABEZA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	CONGESTION NASAL	DOLOR DE GARGANTA	DOLOR MUSCULAR	DOLOR ARTICULAR
----------	-----------------	--------------------------	------------------	-------------------	----------------	-----------------

DOLOR TORACICO	CONJUNTIVI TIS	CONTACTO ESTRECHO CON PERSONA DIAGNOSTI CADA DE COVID-19	DIAGNOSTI CO DE COVID-19	CORONAPP	¿PERDIDA DE PERCEPCIÓ N DE SENTIDOS DEL GUSTO Y EL	¿LE HAN TOMADO A USTED PRUEBA PARA COVID-19?
---------------------------	---------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	-----------------	-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------

¿LE HAN TOMADO A ALGÚN MIEMBRO DE SU GRUPO FAMILIAR	verificacion temperatura	verificacion tos seca	DOLOR DE CABEZA	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	CONGESTIO N NASAL	DOLOR DE GARGANTA
------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	----------------------------	-----------------------------------------	------------------------------	------------------------------

DOLOR MUSCULAR	DOLOR ARTICULAR	DOLOR TORACICO	CONJUNTIVITIS	¿PERDIDA DE PERCEPCIÓN DE SENTIDOS DEL GUSTO Y EL	TOTAL	ESTADO DE SALUD
----------------	-----------------	----------------	---------------	---------------------------------------------------	-------	-----------------

DIA	HORA	SEGUIMIEN TO	Código Dep	Dependenci a	Vinculacion	ESTADO
-----	------	-----------------	------------	-----------------	-------------	--------

acciones