

RAZÓN SOCIAL:

LUGAR:

SERVICIO DE HYS

PROCEDIMIENTO SEGURO DE TRABAJO COVID-19 ACTUACION ANTE DETECCION CASO SOSPECHOSO DECTECTADO

IMPORTANTE:



Si tenés síntomas tales como fiebre, dolor de garganta, tos, dificultad respiratoria o tenés la sospecha de estar enfermo con coronavirus, consulté de inmediato a un médico, ya que existe la posibilidad de que contagies no sólo a tu entorno familiar sino también a tu entorno laboral. Si contraes el virus debes informarlo para que las personas que estuvieron en contacto con vos se realicen los estudios respectivos con la finalidad de evitar la propagación del mismo.

Ante cualquier inquietud siempre llame a este número



Se sugiere la incorporación en el ámbito laboral de termómetro digital sin contacto con el fin de obtener una respuesta rápida e higiénica en caso de necesitar utilizarlo.

Objeto del procedimiento:

Evitar el contagio y la propagación del virus COVID-19 mediante medidas preventivas de control.

Ámbito de aplicación:

El procedimiento descrito en el presente informe será aplicado a toda persona que ingrese a la empresa.

Metodología:

PRESENCIA DE SINTOMAS EN EL HOGAR

SI EL PERSONAL PRESENTA SINTOMAS EN SU CASA DEBERÁ LLAMAR AL **0800-555-6549**, SEGUIR LAS INSTRUCCIONES QUE LE INDIQUEN Y LLAMAR INMEDIATAMENTE A LA EMPRESA.

LA EMPRESA ACATARÁ LAS INDICACIONES DEL PERSONAL DE SALUD DE LA PROVINCIA.

DETECCIÓN DE SINTOMAS EN EL INGRESO AL ESTABLECIMIENTO

EN CASO DE QUE LA MEDICIÓN DE LA TEMPERATURA INDIQUE 37.5°C O MAYOR:

1. INTERRUMPIR TODAS LAS TAREAS EN EL SECTOR DE INGRESO, PROHIBIR QUE INGRESEN O SE ENCUENTREN PERSONAS EN EL SECTOR.
2. SI LA PERSONA CONTROLADA NO POSEE TAPABOCAS, ENTREGARLE UNO.
3. EN EL CASO QUE EL LUGAR CONTARA CON UN SECTOR DE AISLAMIENTO, ENVIAR A LA PERSONA AL MISMO, POR SENDERO SEGURO SIN DEJARLO ENTRAR
4. PARALELAMENTE LLAMAR AL **0800-555-6549** Y SEGUIR LAS INSTRUCCIONES.
5. PROHIBIR LA SALIDA DEL PERSONAL QUE SE ENCUENTRE EN EL ESTABLECIMIENTO.
6. ACATAR LAS INDICACIONES DEL PERSONAL DE SALUD DE LA PROVINCIA.
7. REALIZAR RAPIDAMENTE UNA LIMPIEZA PROFUNDA DEL SECTOR DEL INGRESO.

TODO EL PERSONAL DEBERÁ CONTAR CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL CORRESPONDIENTES AL COVID-19.

DETECCIÓN DE SINTOMAS DURANTE LA JORNADA LABORAL

1. INTERRUMPIR LAS TAREAS EN EL SECTOR Y EN AQUELLOS LUGARES DONDE LA PERSONA REALIZÓ CONTACTO PARA REALIZAR UNA LIMPIEZA PROFUNDA DE LAS ÁREAS.
2. PROHIBIR QUE INGRESEN O EGRESEN PERSONAS DEL ESTABLECIMIENTO.
3. SI LA PERSONA CONTROLADA NO POSEE TAPABOCAS, ENTREGARLE UNO.
4. EN EL CASO QUE EL LUGAR CONTARA CON UN SECTOR DE AISLAMIENTO, ENVIAR A LA PERSONA AL MISMO, POR SENDERO SEGURO.

5. PARALELAMENTE LLAMAR AL **0800-555-6549** Y SEGUIR LAS INSTRUCCIONES.
6. ACATAR LAS INDICACIONES DEL PERSONAL DE SALUD DE LA PROVINCIA.

TODO EL PERSONAL DEBERÁ CONTAR CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL CORRESPONDIENTES AL COVID-19.

Riesgos existentes:

- Riesgo Sanitario.

Elementos de protección personal a utilizar:

- Ropa de trabajo.
- Calzado de seguridad.
- Protección visual.
- Guantes.
- Protección Respiratoria.



Otros Aspectos a tener en cuenta.

- *En caso de presentar síntomas como fiebre, cansancio, tos seca, congestión nasal, dolor de garganta, pérdida de olfato, presencia de manchas en el cuerpo, síntomas gastrointestinales, comunicarse al 0800-555-6549 y quedarse en su domicilio siguiendo las instrucciones recibidas.*

Nota final:

- Cumplir con el procedimiento seguro de trabajo.
- Utilizar todos los elementos de protección personal.
- Respetar la cartelería de seguridad.

**REGISTRO DE ASISTENCIA Y EVALUACION DE ACTIVIDADES DE CAPACITACION**

Hoja de

RAZON SOCIAL		INSTRUCTOR		DURACION	CURSO: PROCEDIMIENTO SEGURO DE TRABAJO COVID-19 ACTUACION ANTE DETECCION CASO SOSPECHOSO DETECTADO		
Nº	PARTICIPANTE	DNI / CUIL	FECHA	FIRMA	CONTROL DE EFECTIVIDAD		FECHA
					METODO	ACCIÓN	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
METODO EMPLEADO EN LA CAPACITACION		COMENTARIOS:			CONTROL DE LA EFECTIVIDAD		
ORAL: <input type="checkbox"/>					METODO DE CONTROL		ACCION
AUDIOVISUAL: <input type="checkbox"/>		E: ESCRITO		A: AMPLIAR			
ENTREGA DE MATERIAL ESCRITO: <input type="checkbox"/>		O: ORAL		C: CONTINUAR CON EL CRONOGRAMA			

FIRMA DEL INSTRUCTOR



REGISTRO DE INGRESO DE PERSONAL – COVID-19



Hoja de

NOMBRE Y APELLIDO	DNI	FECHA	TEMPERATURA (°C)		¿PRESENTA ALGUNOS DE ESTOS SINTOMAS? (SI / NO)						FIRMA
			EN ESTABLEC.	EN DOMICILIO	TOS	DOLOR DE GARGANTA	PROBLEMAS PARA RESPIRAR	PERDIDA DE GUSTO / OLFATO	PRESENCIA DE MANCHAS EN EL CUERPO	SINTOMAS GASTRO INTESTINALES	