

Nombre de la persona bajo investigación: \_\_\_\_\_

Ubicación: \_\_\_\_\_



Registre aquí la lista de personas que visitaron su hogar desde que enfermó con síntomas respiratorios que lo llevaron a consultar a un proveedor de salud:

Nombre del visitante	Fecha	Hora de ingreso	Hora de salida	¿La persona se acercó a usted a una distancia de menos de 6 pies? Indicar Sí o No	Relación con la persona bajo investigación	Número de teléfono	Comentarios
	__/__/__	__:__ a. m./p. m.	__:__ a. m./p. m.				
	__/__/__	__:__ a. m./p. m.	__:__ a. m./p. m.				
	__/__/__	__:__ a. m./p. m.	__:__ a. m./p. m.				
	__/__/__	__:__ a. m./p. m.	__:__ a. m./p. m.				
	__/__/__	__:__ a. m./p. m.	__:__ a. m./p. m.				
	__/__/__	__:__ a. m./p. m.	__:__ a. m./p. m.				
	__/__/__	__:__ a. m./p. m.	__:__ a. m./p. m.				
	__/__/__	__:__ a. m./p. m.	__:__ a. m./p. m.				
	__/__/__	__:__ a. m./p. m.	__:__ a. m./p. m.				
	__/__/__	__:__ a. m./p. m.	__:__ a. m./p. m.				
	__/__/__	__:__ a. m./p. m.	__:__ a. m./p. m.				
	__/__/__	__:__ a. m./p. m.	__:__ a. m./p. m.				
	__/__/__	__:__ a. m./p. m.	__:__ a. m./p. m.				
	__/__/__	__:__ a. m./p. m.	__:__ a. m./p. m.				
	__/__/__	__:__ a. m./p. m.	__:__ a. m./p. m.				
	__/__/__	__:__ a. m./p. m.	__:__ a. m./p. m.				
	__/__/__	__:__ a. m./p. m.	__:__ a. m./p. m.				
	__/__/__	__:__ a. m./p. m.	__:__ a. m./p. m.				
	__/__/__	__:__ a. m./p. m.	__:__ a. m./p. m.				