

N.º Registro \_\_\_\_\_  
Día cita        /        /2020  
Hora cita        :

N.º Test \_\_\_\_\_

SERVICIO \_\_\_\_\_

Puesto de trabajo \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDOS \_\_\_\_\_

N.º Empleado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Cód. Postal \_\_\_\_\_

N.º AR (Seguridad Social) \_\_\_\_\_

Situación de Baja Laboral: Sí - No        Fecha de baja laboral        /        / 2020

SÍNTOMAS        Fecha inicio síntomas        /        / 2020        -        Fecha final síntomas        /        / 2020

RESULTADO TEST

Negativo

Positivo

IgM               

IgG               

OBSERVACIONES