

**FORMATO DE REGISTRO PARA LA TOMA DE TEMPERATURA CORPORAL**

No.	Nombre de la Persona	Identificación	Area	Aro	Fecha dd/mm/aaaa	Hora hh/mm - am - pm	Ciudad	No. de Celular	Temperatura	Observaciones
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										

<b>Nombre de la persona que toma el registro:</b>	<b>Identificación:</b>
<b>Area:</b>	<b>Ciudad:</b>