



## Formato de Evaluación Médica previa a actividades en BSL-3 (área de contención biológica)

Nombre:  Fecha:  Visita #:

Médico:  Cédula DGP:

Actividad por realizar en BSL-3:

Conoce los protocolos establecidos para el trabajo en BSL-3?

¿Esta actualizado su esquema de vacunación contra la influenza?

¿Esta actualizado su esquema de vacunación contra la rabia?

¿Esta actualizado su esquema de vacunación contra SARS-CoV-2?

¿Ha presentado alguna enfermedad infecto-contagiosa en la última semana?

¿Ha presentado cuadro febril?

¿En la última semana ha presentado hemoptisis , esputo sanguinolento , gingivorragias , hematomas , equimosis? , hematuria , melena , o epistaxis ?

¿En la última semana ha presentado infecciones respiratorias?

¿Ha presentado ictericia , coluria  o acolia ?

¿Ha presentado erupciones cutáneas , exantemas  o rash cutáneo ?

¿Se ha expuesto a derrames de material biológico o tóxico en la última semana?

¿El sujeto ha tenido accidentes punzocortantes dentro del laboratorio?

¿El sujeto se apega a los lineamientos de bioseguridad?

¿El sujeto se apega al uso apropiado y adecuado del equipo de protección personal (EPP)?

¿El sujeto ha participado en actividades de capacitación o certificaciones programadas?

A la exploración física el sujeto presenta uñas recortadas , piel de manos y cara íntegra ?

Indique medicamentos que haya tomado durante última semana:

En el caso de sujetos femeninos: FUM:

### Comentarios adicionales