GOBIERNO DE PUERTO RICO
Administración de Vivienda Pública

Nombre Egida: _____

Municipio: _____

Unidades: _____

Agente Administrador: _____

Presidente/a: _____

Director/a de Servicios al Residente: _____

Número Contacto _____

Fecha: _____

Revisión Residentes - Emergencia COVID-19

	Nombre y Apellidos	Número de Unidad	Temperatura	Familiar Cercano Positivo a COVID-19	Síntomas COVID-19				Historial de Viaje Fuera de Puerto Rico 14 días previos a la visita	Referido a Atención Médica		Indicar si Residente dio Positivo a COVID-19 o sí está Hospitalizado o en Aislamiento
					Ninguno	Tos Seca	Fiebre	Dificultad para Respirar		Sí	No	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												