



**PROTOCOLO COVID-19
ANEXO 1**

Vers. 02

DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD A NOMBRE DEL NIÑO(A).

ANTECEDENTES PERSONALES DEL NIÑO(A).

NOMBRE			RUT	
CURSO		EDAD	TEMPERATURA	

ANTECEDENTES DEL PADRE O APODERADO QUE DECLARA

NOMBRE		RUT	
TELEFONO CONTACTO		FECHA	

CUESTIONARIO DE SALUD (Responda con una X en la columna correspondiente).

	SI	NO	OBSERVACIONES
1 ¿SU HIJO(A) HA TENIDO CONTACTO CON UNA PERSONA ENFERMA DE CORONAVIRUS (COVID-19)?			
2 ¿SU HIJO (A) ESTUVO ENFERMO/A EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?			
3 ¿HA OBSERVADO QUE SU HIJO(A) HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS?			
a Fiebre 37,8 °C o más, (Síntoma Cardinal)			
b Tos			
c Disnea o dificultad respiratoria			
d Congestión nasal			
e Taquipnea o aumento de la frecuencia respiratoria			
f Odinofagia o dolor de garganta al comer o tragar fluidos			
g Mialgias o dolores musculares			
h Debilidad general o fatiga			
i Dolor torácico			
j Calofríos			
k Cefalea o dolor de cabeza			
l Diarrea			
m Anorexia o náuseas o vómitos			
n Pérdida brusca del olfato o anosmia (Síntoma Cardinal)			
o Pérdida brusca del gusto o ageusia (Síntoma Cardinal)			

NOTA: Estimado apoderado en los casos que su hijo(a), presente 1 síntoma cardinal positivo, o dos o más síntomas no cardinales, se considera caso sospechoso, por Seguridad se sugiere no envíe al estudiante al establecimiento y de aviso a inspectoría.

Esta encuesta debe ser llenada todos los días lunes, como requisito obligatorio para que su hijo(a), pueda ingresar al establecimiento.

FIRMA