



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 14 DÍAS?				
3	¿ACTUALMENTE O EN LOS ÚLTIMOS 3 DÍAS, 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