

Cuestionario para revisión preventiva de salud
SOBRE USTED



INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ Edad: _____ RUT: _____

1.- ¿Cuál es el motivo de su asistencia al establecimiento educacional?

2.- ¿Ha realizado visitas a algún centro asistencial/hospital/clínica en los últimos 14 días?

SI ____ NO ____ (en caso de respuesta negativa, pasar a la pregunta 3.-)

Motivo: _____

Nombre de centro: _____

3.- ¿Ha tenido algún tipo de contacto físico cercano con un caso confirmado o sospechoso de infección por Coronavirus durante los últimos 14 días?

____ 1. Contacto Directo con caso COVID-19 Positiva

____ 2. Contacto Indirecto con caso COVID-19 Positiva

____ 3. Contacto Directo con caso SOSPECHOSO

____ 4. Sin contacto de riesgo

4.- Mi control de temperatura al ingreso del recinto (ingrese temperatura en grados con decimal)

INFORMACIÓN DE SALUD

Sexo: F ____ M ____

¿Ha tenido algún síntoma de infección respiratoria? SI ____ NO ____

Fiebre ____ Tos ____ Mucosidad ____ Dolor de garganta ____ Dolor de Cabeza ____

Dificultad para respirar ____ Otro ¿Cuál? _____

¿Usted tiene alguna enfermedad crónica o de otro tipo que deba ser declarada?

SI ____ NO ____

Hipertensión ____ Diabetes ____ Asma ____ Enfermedad obstructiva crónica ____

Otra ____ ¿Cuál? _____

Certifico que la información entregada es válida y completa en todos sus aspectos; y, adhiero al documento CARTA COMPROMISO NORMAS PREVENTIVAS COVID-19 que certifico haber recibido una copia al ingreso del Proceso de Admisión.

FIRMA Y RUT

FECHA