

ANEXO 10: ENCUESTAS

1. Encuesta al personal antes del ingreso, cada 15 días

CUESTIONARIO DE SALUD COVID 19

Nombre

Rut

Fecha

1. ¿Usted ha seguido todas las recomendaciones COVID 19?

SI/NO

2. ¿Estuvo en contacto con un caso COVID 19 Confirmado?

SI/NO

3. ¿En su Hogar existe un familiar a la espera de resultado PCR?

SI/NO

4. ¿Usted ha viajado al extranjero en los últimos 14 días?

SI/NO

5. ¿Presenta Usted alguno de estos síntomas?

SINTOMAS*

- Ninguno
- Tos
- Dificultad respiratoria
- Dolor de garganta
- Secreciones nasales
- Fiebre (37,8 hacia arriba)
- Manchas en la piel
- Dolor de cabeza
- Dolor muscular
- Náusea / vómito
- Dolor articular
- Otros
-

2. Encuesta a los apoderados antes del ingreso, cada 15 días

CUESTIONARIO DE ASISTENCIA PRESENCIAL AL ESTABLECIMIENTO

Nombre del apoderado:

Nombre del alumno:

Clase del alumno:

- I. Conforme con los protocolos publicados en el sitio WEB del establecimiento, ¿su hijo/a asistirá a clases presenciales del 23 de noviembre al 4 de diciembre de 2020?

SI/NO

- II. En caso de asistencia presencial, deberá contestar el cuestionario de salud:

1. ¿Usted y su hijo han seguido todas las recomendaciones COVID 19?

SI/NO

2. ¿Estuvieron en contacto con un caso COVID 19 Confirmado?

SI/NO

3. ¿En su Hogar existe un familiar a la espera de resultado PCR?

SI/NO

4. ¿Usted ha viajado al extranjero en los últimos 14 días?

SI/NO

5. ¿Presentan Usted o su hijo/a alguno de estos síntomas?

SINTOMAS*

- Ninguno
- Tos
- Dificultad respiratoria
- Dolor de garganta
- Secreciones nasales
- Fiebre (37,8 hacia arriba)
- Manchas en la piel
- Dolor de cabeza
- Dolor muscular
- Náusea / vómito
- Dolor articular
- Otros