

ANNEXE 10: ENQUETES

1. Enquête auprès du personnel avant classes présentielle, tous les 15 jours

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. Enquête auprès des parents d'élèves pour participation aux classes présentielles, tous les 15 jours.

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 al 30 de noviembre 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