

ENCUESTA DE SALUD DE INGRESO DIARIO CENTRO EDUCATIVO SUMMERHILL

LEE CON ATENCION

Que conforme a la Ley 1581 de 2012, de manera voluntaria, autorizo al colegio Centro Educativo Summerhill a tratar mis datos personales. Declaro que conozco mis derechos y deberes y las políticas de Tratamiento de protección de datos del Colegio, en mi calidad de Estudiante conforme a la finalidad de promoción, prevención y gestión de riesgo de salud, establecida por la Resolución 666 del 24 de abril de 2020 denominada "Por el cual se adopta el protocolo general de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia del Coronavirus COVID-19", numeral 4.1 inciso 4, y conforme a los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud - OMS sobre el autocuidado que cada persona debe tener para generar los medios de protección que le permita salvaguardar su salud; por lo anterior, asumo el compromiso del Reporte diario de estado de salud, bajo el principio de la buena fe, que lo reportado en la presente encuesta corresponde a datos verídicos asumiendo la responsabilidad por cualquier dato inexacto que pueda poner en riesgo mi salud y la de los demás.

Acepto: Sí No

Fecha: _____.

Nombres y apellidos del estudiante: _____ Grado: _____.

¿Usted asistirá hoy al Colegio?: Sí No .

¿Presenta dolor de cabeza? Si No .

¿Presenta fiebre (temperatura superior a 38° C, cuantificada con termómetro)? Sí No .

¿Por cuántos días la ha presentado? (Respuesta en número) _____. N/A _____.

¿Usted tiene dolor de garganta? Sí No ¿Usted tiene malestar general? Sí No .

¿Tiene secreciones nasales o congestión nasal? (no relacionadas con procesos alérgicos) Sí No .

¿Usted tiene dificultad para respirar? Sí No . ¿Tiene tos seca y persistente? Si No .

¿Ha estado en contacto con personas que han tenido los síntomas antes mencionados o ha estado relacionado con casos de personas infectadas de Coronavirus en los últimos 7-14 días? Sí No .

¿En qué fecha se presentó el último contacto con la persona infectada? _____. N/A _____.

¿Realizó un viaje nacional o internacional en los últimos 15 días? Si No .

¿En qué fecha realizó su último viaje? _____.

Responsable de la información:

Nombre: _____ N° Cedula: _____.

Teléfono: _____ Celular: _____.