



**FORMATO DE REGISTRO DIARIO DE SÍNTOMAS ASOCIADOS AL COVID-19**

A continuación, encontrarás una serie de preguntas con las cuales esperamos identificar la presencia de síntomas asociados al Covid-19 y de esta manera poder tomar medidas de aislamiento y prevención.

**NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_

**JORNADA:** \_\_\_\_\_ **GRADO:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**TEMPERATURA AL SALIR DE CASA:** \_\_\_\_\_ **TEMPERATURA AL INGRESAR A LA INSTITUCIÓN:** \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN PERSONAL: De acuerdo a su situación de salud personal de la <b>última semana</b> conteste cada una de las siguientes preguntas:		
<b>ÍTEM</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. ¿Tiene o ha tenido fiebre?, Es decir, te has puesto el termómetro y has registrado 37,5 grados o más.		
2. ¿Tiene o ha presentado tos?		
3. ¿Tiene o ha tenido dificultad para respirar?		
4. ¿Tiene o ha tenido congestión nasal-estornudos?		
5. ¿Tiene o ha tenido dolor de Garganta o Resequedad?		
6. ¿Te han dolido o te duelen los músculos? Por ejemplo, te duelen los brazos, las piernas o la espalda.		
7. ¿Has tenido o tienes malestar general?		
8. ¿Has tenido o tienes diarrea?		
9. ¿Has tenido o tienes vómito?		
10. ¿Has perdido el olfato y el gusto?		
11. ¿Has presentado escalofríos o dolor de huesos?		
12. ¿Tienes o has tenido dolor intenso de cabeza?		
INFORMACIÓN GENERAL: De acuerdo a sus relaciones de la <b>última semana</b> conteste cada una de las siguientes preguntas:		
<b>ÍTEM</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
13. En su núcleo familiar, hay alguien que se encuentre con los síntomas anteriormente mencionados		
14. Ha estado en contacto con alguien que presentó síntomas de COVID-19		
15. Realizó algún viaje dentro o fuera del país en los últimos 14 días		
16. Se encuentra usted pendiente de resultados relacionados con prueba coronavirus		
17. Le han indicado por medio de consulta médica algún tipo de aislamiento o incapacidad		
18. Alguien en su núcleo familiar ha sido diagnosticado con COVID-19		
19. ¿Ha asistido a una festividad o concentración multitudinaria?		
20. Tiene usted alguno de los siguientes diagnósticos: Diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, accidente cerebro cardiovascular, enfermedades inmunosupresoras, Enfermedad obstructiva crónica EPOC		

Firma acudiente \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_