**ENCUESTA / DECLARACIÓN DE SALUD**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre |  | N° Matricula |  |
| Carrera |  | N° Teléfono |  |
| Dirección |  | | |
| Nombre Familiar contacto |  | N° Teléfono |  |

**ENCUESTA DE SALUD (Marque con una X y complete datos solicitados según corresponda)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Pregunta | Si | No | No sabe |
| 1 | ¿Presenta alguna enfermedad crónica? |  |  |  |
| 2 | ¿Se encuentra embarazada? |  |  |  |
| 3 | ¿Ha sido diagnosticado/a con COVID-19 por la autoridad sanitaria? |  |  |  |
| **Fecha PCR (+):**  **Fecha PCR control (-):** |
| 4 | ¿Ha estado en contacto estrecho con una o más personas que han cursado una enfermedad respiratoria en los últimos 15 días? |  |  |  |
| 5 | ¿Ha tenido alguna enfermedad en los últimos 15 días? |  |  |  |
| **¿Cuál?** |

**INDIQUE SÍ O NO, SI PRESENTA ACTUALMENTE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SÍ/NO | SÍNTOMAS ACTUALES | SÍ/NO | SÍNTOMAS ACTUALES |
|  | **Tos** |  | **Fiebre sobre 37,8°C** |
|  | **Dificultad respiratoria** |  | **Dolor torácico** |
|  | **Dolor de garganta** |  | **Dolor muscular** |
|  | **Escalofríos** |  | **Dolor de cabeza** |
|  | **Diarrea** |  | **Pérdida del olfato** |
|  | **Pérdida del gusto** |  |  |

**Si presenta al menos dos o más síntomas y tuvo contacto directo con una persona diagnosticada por COVID-19, se sugiere seguir la normativa vigente del Ministerio de Salud.**

**DECLARACIÓN DE SALUD: en caso de que respuesta a pregunta N°1 y 2 sea afirmativa**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N° | Pregunta | Si | No |
| 1 | ¿La enfermedad crónica que presenta está bajo control por un médico? |  |  |
| 2 | ¿Mantiene control de salud por su situación de embarazo? |  |  |
| 3 | ¿Ha informado su estado de embarazo a la Dirección de Carrera? |  |  |

**En caso de respuesta afirmativa a preguntas 1 y 2 de ítem encuestas de salud, debe adjuntar certificado médico o de un profesional de la salud que indique diagnóstico, que se encuentra en control y que su estado de salud es compatible para realizar una práctica.**

Declaro que será mi responsabilidad informar a mi Director(a) de Carrera si se produce algún cambio en lo informado en este documento.

FIRMA : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma N° de Matrícula**