ANEXO 19

ENCUESTA DE AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DE COVID-19

FRATERNIDAD MISIONERA DE LA CRUZ
NIT. 800.192.212-1
INSTITUTO EDUCACIÓN Y VIDA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ESTUDIANTE ____________________ EDAD ______ GRADO ______ SEXO ______

FECHA	TEMPERATURA ANTES DE LA JORNADA ESCOLAR	¿HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS EL DÍA DE HOY?																				CERTIFICA QUE A LA FECHA LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERDADERA Y VERIFICABLE	
		TOS		DOLOR DE GARGANTA		DIFICULTAD PARA RESPIRAR (Siente que le falta el aire), FATIGA		DOLOR DE CABEZA FRECUENTE O ESPORÁDICO		DOLOR MUSCULAR O CORPORAL		SÍNTOMAS GASTRO INTESTINALES		PÉRDIDA DEL OLFATO Y GUSTO		DIARREA		NÁUSEAS		¿EN SU VIVIENDA HAY ALGUNA PERSONA CON SINTOMATOLOGÍA GRIPAL?			
	5:00 a. m.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO