|  |  |
| --- | --- |
| Fecha: |  |

**Objetivo:** Identificar en el filtro escolar al personal con signos y síntomas de enfermedad respiratoria con posibilidad de tratarse de COVID-19 con la intención de atenderlo oportunamente y prevenir contagios dentro de la Institución.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre (s) y apellidos: |  | | | | | | |
| Fecha de nacimiento: |  | Femenino: |  | Masculino: |  | Edad: |  |

**Marque con una x**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Síntoma | SI | NO |
| Dificultad para respirar |  |  |
| Dolor torácico |  |  |
| Fiebre |  |  |
| Dolor de cabeza |  |  |
| Tos |  |  |

**Otros:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Escalofríos |  | Congestión nasal |  | Sudoración |  |
| Dolor o ardor de garganta |  | Dolor muscular |  | Diarrea |  |
| Conjuntivitis |  | Fatiga y debilidad |  | Náuseas y/o vómito |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Desde cuándo se ha sentido enfermo? |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Padece usted algún factor de riesgo o enfermedad crónica (Marca con una X)? | | | | | |
|  | Diabetes 1 y 2 |  | Diabetes gestacional |  | Hipertensión | |
|  | Afección cardiovascular |  | Obesidad |  | Padecimiento renal | |
|  | Embarazo |  | Padecimiento pulmonar |  |  | |
| Otros: | |  | | | | |

**Justificación:**

|  |  |
| --- | --- |
| No. de días | Fechas |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FIRMA |  | FIRMA DE RECIBIDO |
|  |  |  |
| Área de Enfermería |  | Departamento de Recursos Financieros y Humanos |

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de Recibido: |  |

***Nota:*** *En caso de presentar signos o síntomas COVID-19, favor de notificarlo al área de enfermería y no asistir a la universidad, en dicho caso se deberá entregar un comprobante médico para su justificación.*