FORMULARIO OBLIGATORIO PARA INGRESAR AL ESTABLECIMIENTO Y PROTEGER A SU HIJO, NUESTROS COLABORADORES Y A USTED

ENCUESTA DE SALUD COVID 19

**DATOS PERSONALES**

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

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Curso del estudiante que está en el establecimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS PCR**

¿Se ha realizado TEST PCR últimos 7 días? **SI** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Examen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESULTADO EXAMEN **POSITIVO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NEGATIVO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro que las respuestas anteriores son verdaderas. Acepto que este formulario pueda ser enviado a la autoridad sanitaria en caso que tuviera síntomas relacionados con el contagio del C19.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma