

REPORTE DIARIO DE SÍNTOMAS Y EXPOSICIÓN A COVID-19 ESTUDIANTES

Apreciados padres/madres de familia:

Les agradecemos contestar el siguiente cuestionario en representación de sus hijos y en representación propia. Tengan en cuenta que no obstante al tratarse de una solicitud de datos personales relacionados con su salud o con la salud de sus hijos, esta se hace amparados en lo dispuesto en los lineamientos del Ministerio de Salud, Secretaría de Educación Distrital y Ministerio de Educación Nacional para la prestación del servicio de educación en casa y en presencialidad bajo el esquema de alternancia.

DATOS DEL ESTUDIANTE	
Nombre	
Documento de identidad	
Curso	

Tratamiento de datos personales	SI	NO
¿Autoriza al Gimnasio Sabio Caldas (IED) el tratamiento de sus datos personales?		

Seleccione los síntomas que presenta el estudiante el día de hoy:	
Síntomas digestivos (Diarrea, vómito y/o dolor abdominal)	
Lesiones en piel (Brote, salpullido)	
Malestar general	
Dolor de garganta	
Congestión nasal	
Tos	
Dificultad para respirar	
Disminución del olfato y/o gusto	
Dolor de cabeza	
Cansancio intenso	
Ninguno de los anteriores	

Elija las opciones que apliquen:	
El estudiante ha sido diagnosticado con COVID-19 en los últimos 15 días	
El estudiante estuvo en contacto con caso sospechoso o confirmado de COVID-19 en los últimos 15 días	
El estudiante se encuentra en espera de resultado de la prueba de COVID-19	
Ninguna de las anteriores	

Con un termómetro, mida por favor la temperatura del estudiante. Seleccione el rango en el que se encuentra:	
Temperatura mayor o igual a 37.5°C	
Temperatura menor a 37.5°C	

¿En qué medio de transporte se va a desplazar el estudiante al colegio el día de hoy?	
Transmilenio - SITP - Bus público	
Taxi o servicio solicitado por plataforma	
Carro particular	
Moto	
Bicicleta	
A pie	

Para los efectos legales pertinentes, suscribo el presente documento de forma consciente y voluntaria, hoy día / mes / año en la ciudad de Bogotá D.C.

Firma del padre o cuidador

Nombre:
C.C.:
Celular de contacto:

Firma de la madre o cuidador

Nombre:
C.C.:
Celular de contacto: