



INSTITUCIÓN EDUCATIVA BARRIO SAN NICOLÁS

"Comprometidos con el conocimiento y el ser"

Resolución de aprobación N° 014911 del 4 de diciembre de 2015

DANE 105001026671 NIT 901050539-1

Decreto único reglamentario para sector educación 1075 de 2015.

Encuesta diaria de síntomas COVID 19

Estudiante: _____

Acudiente: _____

Responde el siguiente cuestionario con total sinceridad: ¿Has presentado alguno de estos síntomas el día de hoy?

Fiebre de 38°C o más	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Dificultad para respirar	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Dolor de garganta	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Tos	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Nariz tapada o fluido nasal	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Fatiga o decaimiento	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Dolor en los músculos	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Dolor de cabeza	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Diarrea	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Disminución del sentido del gusto	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Disminución del sentido del olfato	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

Autorizo la asistencia del (de la) estudiante a clases presenciales en la modalidad de alternancia educativa.

Fecha del registro: _____