

F-PB-01. Cuestionario condiciones de salud para COVID – 19 para estudiantes.

El siguiente cuestionario se realizará con el objetivo de recolectar información de la comunidad educativa para retornar de forma gradual y progresiva a la presencialidad bajo el esquema de alternancia planteada por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, así como para determinar si los niños, niñas y jóvenes presentan alguna comorbilidad de riesgo con el objetivo de extremar medidas y toma de decisiones para el regreso a la institución educativa.

Esta información será tratada conforme a la política de tratamiento y protección de datos personales del Grupo Educativo Abriendo Caminos SAS, la cual podrá ser consultada en la página web del colegio www.abriendocaminos.edu.co

De acuerdo con la normatividad establecida en la Resolución N°666 de 2020, por medio de la cual se adopta el protocolo general de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar adecuado manejo de la pandemia del Coronavirus COVID 19, la cual establece que, las organizaciones deben caracterizar e identificar de manera frecuente los factores de riesgo y las condiciones de salud de sus integrantes, así como de las personas que ingresan a las instalaciones.

Por lo tanto, de manera expresa autoriza al Grupo Educativo Abriendo Caminos SAS propietario del **Centro Educativo Abriendo Caminos**, que actuará como responsable del tratamiento de datos personales conforme a la Política para el Tratamiento de Datos Personales, disponible en la página web: www.abriendocaminos.edu.co a contar con la información de las condiciones actuales de salud de su hijo (a), la cual consigna en este formulario, de manera responsable, teniendo en cuenta la normativa gubernamental, dada la contingencia por el COVID 19, ya que esta información es necesaria para la asistencia a las instalaciones del colegio para el **año 2021** en el regreso gradual progresivo seguro en cumplimiento a lo dispuesto por la Ley 1581 del 2012 (Ley de Protección de datos personales), al diligenciar el presente formulario usted autoriza al **Grupo Educativo Abriendo Caminos SAS**, propietario del **Centro Educativo Abriendo Caminos**, a realizar el reporte de datos en el Sistema de Alertas Temprana pro COVID 19, y estará disponible en caso de ser requerido por las autoridades sanitarias.

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC. _____ TI. _____
EDAD:
EPS:
DIRECCIÓN:
LOCALIDAD:
CORREO ELECTRONICO:

NOMBRE DEL PADRE DE FAMILIA O ACUDIENTE:
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: CC. _____
TELÉFONO DE CONTACTO:

SÍNTOMAS Y EXPOSICIÓN RELACIONADA CON EL COVID 19	SI	NO
El (la) estudiante lleva tratamiento por su condición de salud.		
El (la) estudiante conviven con familiares que trabajan en el sector de la salud.	Parentesco: Actividad:	
El (la) estudiante vive con adultos susceptibles a diabetes, hipertensión, cáncer, coronarias u otras enfermedades con complejidad.	Parentesco: Antecedente:	
El (la) estudiante vive con adultos mayores de 70 años con comorbilidades relacionadas COVID 19.	Parentesco: Antecedente:	
El (la) estudiante ha tenido contacto estrecho (menor de 2 metros por 15 minutos sin protección) con personas que tengan síntomas o que hayan sido confirmada con COVID 19 en los últimos 10 días.		
El (la) estudiante ha tenido contacto estrecho (menor de 2 metros por 15 sin minutos sin protección) con personas que tengan síntomas respiratorios y no se sabe si es positivo para COVID 19.		
El (la) estudiante le han practicado la prueba para COVID 19 con muestra en nariz que ha salido positiva.		
El (la) estudiante le han practicado la prueba para COVID 19 en sangre que ha salido positiva.		
El (la) estudiante ha tenido incapacidad temporal por caso de COVID 19		
El (la) estudiante ha llegado de un viaje del exterior en los últimos 14 días.		
El (la) estudiante ha llegado de un viaje nacional en los últimos 14 días.		
el (la) estudiante ha tenido contacto con una persona que ha llegado de un viaje del exterior en los últimos 14 días		
El (la) estudiante padece de enfermedades congénitas		
El (la) estudiante padece de EPOC, asma u otra afección respiratoria.		
El (la) estudiante padece de cardiopatías.		
El (la) estudiante padece de hipertensión.		
El (la) estudiante padece de obesidad / desnutrición.		
El (la) estudiante padece de fibrosis quística.		
El (la) estudiante padece de enfermedad renal.		
El (la) estudiante padece de enfermedad hepática.		
El (la) estudiante padece de anemia de células falciformes.		
El (la) estudiante padece de enfermedad autoinmune.		
El (la) estudiante padece de diabetes		
El (la) estudiante toma medicamentos inmunosupresores, anemia, cáncer, VIH u otros.		
El (la) ha padecido de diarrea.		

El (la) estudiante ha tenido fiebre entre 37.5 o más por más de tres días.		
El (la) estudiante ha padecido de dificultad para respirar.		
El (la) estudiante ha tenido tos		
El (la) estudiante ha tenido fatiga		
El (la) estudiante ha padecido anosmia (pérdida del sentido del olfato)/ageusia (pérdida del sentido del gusto)		
El (la) estudiante ha padecido de gripa en los últimos cinco días.		
El (la) estudiante ha consultado por urgencias, médica domiciliario o ha estado hospitaliz (a) en los últimos 14 días por síntomas como fiebre, tos, o dificultad para respirar.		

MOVILIDAD

PARA EL DESPLAZAMIENTO AL COLEGIO EL ESTUDIANTE SE TRANSPORTA EN:	SI	NO
Caminando		
Bicicleta convencional		
Bicicleta eléctrica		
Moto		
Vehículo particular		
Transporte público: Transmilenio, SITP, buseta colectiva		
Transporte público: taxi		
Transporte intermunicipal		

NOMBRE PADRE DE FAMILIA O ACUDIENTE:
C.C.
FIRMA: