

Formulario COVID-19 para alumnos y apoderados.

**PAUTA PARA MONITOREO DE SIGNOS Y SINTOMAS**

Nombre: .....Curso: .....

Fecha: .....

Signos o síntomas	SI	NO
1. Fiebre ( $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ )		
2. Pérdida brusca y completa		
3. Pérdida brusca y completa del gusto (ageusia)		
4. Tos		
5. Congestión nasal		
6. Dificultad para respirar (disnea)		
7. Aumento de frecuencia respiratoria (taquipnea)		
8. Dolor de garganta (odinofagia)		
9. Dolor muscular (mialgia)		
10. Debilidad general o fatiga		
11. Dolor en el pecho (dolor torácico)		
12. Calofríos		
13. Diarrea		
14. Perdida del apetito (anorexia) o náuseas o vómitos		
15. Dolor de cabeza (cefalea)		

**Conducta:**

1. Positivo al signo o síntoma 1, 2 o 3: Se considera como sospechoso y debe ser aislado de forma inmediata, para luego gestionar su traslado a un centro asistencial.
2. Positivo a 2 de los signos o síntomas del 4 al 15: Se considera como sospechoso y debe ser aislado de forma inmediata, para luego gestionar su traslado a un centro asistencial.