**DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Establecimiento educacional |  | DIRECCIÓN | |  | |
| FECHA |  | | | | |
| HORARIO DE INGRESO |  | | **HORARIO DE SALIDA** | |  |
| NOMBRE COMPLETO |  | | | | |
| RUT |  | | | | |
| TELÉFONO DE CONTACTO |  | | | | |

Todo trabajador/a y/o personal externo que quiera ingresar al establecimiento, además del control de temperatura inicial, deberá responder las siguientes preguntas:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tome la Temperatura y regístrela: | | ¿Hoy presenta algunos de los siguientes síntomas? (SI/NO) | | ¿Ha estado en los últimos 14 días en contacto con algún caso COVID-19 confirmado? | | ¿Ha permanecido con algún contacto positivo por COVID-19 o que se encuentre en proceso de exámenes durante los últimos 14 días? | | ¿Ha regresado de algún viaje del extranjero? | |
| Temperatura | **Hora** | **Fiebre (igual o superior a 37,8) /dolor de garganta/dificultad para respirar/tos/dolor de cabeza/dolor torácico/dolores musculares/calofríos/cefaleas/diarrea/perdida del olfato/perdida del gusto.** | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Mediante firma declaro la veracidad de las respuestas según preguntas formuladas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (firma trabajador/a o externo)

Si algunas de las respuestas son **Sí** o si la temperatura es igual o superior a 37,8°, debe impedir la entrada al Establecimiento y solicitarle que se dirija a un centro asistencial más cercano, para que un médico evalúe su situación de salud, con las debidas medidas de protección, o a Mutual de Seguridad (**600 2000 555** o al **1407**) según corresponda, ante duda se recomienda llamar a salud responde a los teléfonos: **600 630 7777** o al Call Center **800 726 666**.