

INFORMACIÓN FAMILIAR DE SALUD COVID-19

Elaboración Sociedad Chilena de Enfermería en Salud Escolar (SOCHIESE)

INSTRUCCIONES: Este es un Formulario Google y debe adaptarse a cada centro educativo, los aspectos más importantes son:

Cursos: identificación de cada nivel y/o curso de acuerdo a la nomenclatura local (lista desplegable).

Número de hijos o hijas: Se debe considerar en particular en cada centro educativo el número máximo de hijos que tenga alguna familia, es decir si una familia tiene ocho hijos hay que repetir la sección de hijo/a 1 ocho veces. Para evitar alargar la encuesta innecesariamente a padres que tienen menos hijos, se ha incluido al final de la sección la siguiente aseveración "Para continuar indique si tiene más hijos en el Centro Educativo.", lo que lo llevará a seguir avanzando en la encuesta.

Una vez recabada toda la información se exporta a una planilla excel para su análisis.

Para el encabezamiento de la encuesta sugerimos el siguiente texto.

Estimados Padres:

Para poder asegurar un reingreso a las aulas disminuyendo el riesgo de contagio y junto a estar en concordancia con las disposiciones sanitarias y educacionales, necesitamos recabar la información que indicamos en este documento, de manera de poder hacer un diagnóstico de las condiciones de salud de las personas en relación a detectar algún riesgo potencial de contraer Covid-19 para el estudiante, familia, funcionarios y entorno cercano de cada uno de ellos.

IMPORTANTE ANTES DE CONTESTAR

Solicitamos leer atentamente el enunciado de cada pregunta.

Las preguntas están dirigidas a conocer la situación de salud y COVID-19 del grupo familiar y separadamente la de los alumnos del establecimiento educacional. Por lo tanto en la Sección 2, 3 y 5, debe excluir a los alumnos de este establecimiento, tal como se señala en cada encabezado.

Se entiende por GRUPO FAMILIAR a todas las personas que viven bajo el mismo techo y a aquellas que tienen contacto diario, como empleados u otros.

Muchas gracias

Saludan cordialmente,

***Obligatorio**

1. Dirección de correo electrónico *

2. Apellidos Grupo Familiar *

Si en su familia hay hermanos con distintos padres considerarlos a todos

3. Nombre de quién contesta el formulario y parentesco *

Ej. Pedro García Mira / Padre

4. Indique si en su grupo familiar se ha diagnosticado algún integrante con COVID-19 positivo *

Marca solo un óvalo.

Sí *Ir a la pregunta 5*

No *Ir a la pregunta 8*

**Antecedentes
COVID-19 del
grupo familiar**

Considerar a todas las personas que vivan en el domicilio o tengan contacto directo con la familia. Por ej. empleados que trabajen en el domicilio, excluyendo a hijos/as alumnos del establecimiento)

5. Fecha de examen positivo (excluir escolares que asistan al Centro Educativo) *

Exámen PCR o sintomatología COVID-19

Ejemplo: 7 de enero de 2019

6. Inicio primeros síntomas COVID-19

EN CASO QUE HAYA MAS DE UNA PERSONA COVID-19 (+) INDIQUE LA FECHA DEL INICIO DE SINTOMAS DEL ULTIMO POSIBLE CONTAGIADO Ej. Fiebre, escalofríos, cansancio intenso, dolor de garganta, tos seca, sensación de falta de aire al respirar, dolor de cabeza, nauseas y/o vómitos y/ o diarrea pérdida de sentido de olfato gusto.

Ejemplo: 7 de enero de 2019

7. Indique fecha alta médica o término de cuarentena del último contagiado *

Ejemplo: 7 de enero de 2019

Antecedentes Sospecha COVID-19 del grupo familiar

Excluir hijos o hijas alumnos del centro educativo

8. ¿Desde hace dos semanas ha tenido algún miembro del grupo familiar síntomas que no tiene habitualmente? *

Ej. Fiebre, escalofríos, cansancio intenso, dolor de garganta, tos seca, sensación de falta de aire al respirar, dolor de cabeza, nauseas y/o vómitos y/ o diarrea pérdida de sentido de olfato gusto.

Marca solo un óvalo.

Sí

No

9. En las últimas 3 semanas algún miembro del grupo familiar ¿ha estado en contacto con alguna persona recién diagnosticada de COVID-19 positivo o mantenido contacto estrecho con alguna con síntomas sospechosos ? *

SE ENTIENDE POR CONTACTO ESTRECHO: Haber mantenido más de 15 minutos de contacto cara a cara, a menos de un metro.- Haber compartido un espacio cerrado por 2 horas o más, tales como lugares como oficinas, trabajos, reuniones, colegios.- Vivir o pernoctar en el mismo hogar o lugares similares a hogar, tales como, hostales, internados, instituciones cerradas, hogares de ancianos, hoteles, residencias, entre otros.- Haberse trasladado en cualquier medio de transporte cerrado a una proximidad menor de un metro con otro ocupante del medio de transporte.

Marca solo un óvalo.

Sí

No

Hijo/a
1

(En esta sección solo ejemplificamos como debe ir la categoría de cursos. Los cursos en la encuesta on line salen en forma desplegable y la cantidad de secciones de hijos dependerá del número máximo de ellos con que cuenten las familias del centro educativo)

10. Nombre alumno/a *

Ej. Paola García Molina

11. Curso *

Marca solo un óvalo.

PKA

KA

1A

2A

3A

4A

5A

6A

7A

8A

1MA

2MA

3MA

4MA

12. ¿Su hijo/a presenta alguna de estas patologías o enfermedades? *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

Enfermedades Cardiovasculares (Hipertensión arterial, coagulopatías, arritmias, valvulopatías entre otras)

Enfermedades respiratorias crónicas (Asma bronquial, Cuadros obstructivos, otros)

Diabetes

Cáncer

Enfermedades autoinmunes (Ej. Fibrosis quística, Enf. Reumatoídea, Lupus, entre otras)

Alteraciones genéticas

Mal nutrición (obesidad, desnutrición)

Ninguna de las anteriores

Otros: _____

13. ¿Considera que su hijo/a puede cumplir las medidas preventivas obligatorias (uso adecuado mascarilla, correcto lavado de manos y respeto por el distanciamiento físico)? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

14. ¿Desde hace dos semanas ha tenido el alumno/a algún síntoma que no tiene habitualmente? *

Ej. Fiebre, escalofríos, cansancio intenso, dolor de garganta, tos seca, sensación de falta de aire al respirar, dolor de cabeza, náuseas y/o vómitos y/ o diarrea pérdida de sentido de olfato gusto.

Marca solo un óvalo.

Sí

No

15. Si su hijo/a fue o está con COVID-19 positivo, indique la fecha de diagnóstico

Ejemplo: 7 de enero de 2019

16. Si su hijo/a fue contacto estrecho de una persona COVID-19 positivo, indique la fecha en que inicio su cuarentena preventiva.

SE ENTIENDE POR CONTACTO ESTRECHO: Haber mantenido más de 15 minutos de contacto cara a cara, a menos de un metro.- Haber compartido un espacio cerrado por 2 horas o más, tales como lugares como oficinas, trabajos, reuniones, colegios.- Vivir o pernoctar en el mismo hogar o lugares similares a hogar, tales como, hostales, internados, instituciones cerradas, hogares de ancianos, hoteles, residencias, entre otros.- Haberse trasladado en cualquier medio de transporte cerrado a una proximidad menor de un metro con otro ocupante del medio de transporte.

Ejemplo: 7 de enero de 2019

17. En relación a las dos preguntas anteriores, señale cuándo terminará o terminó el período de cuarentena preventiva

Ejemplo: 7 de enero de 2019

18. Considerando los antecedentes entregados. Su hija/o está en condiciones de regresar a clases presenciales sin exponerse o exponer a su grupo familiar a una posible transmisión de COVID -19 (Indique en otros el motivo en caso que no regrese a clases) *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Sí, puede regresar a clases presenciales
 No, no puede regresar a clases presenciales
 Debo evaluarlo con un médico

Otros: _____

19. En caso que la respuesta anterior sea negativa indique el motivo

20. Para continuar indique si tiene más hijos en el Centro Educativo *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No *Ir a la pregunta 21*

Antecedentes de enfermedades crónicas del grupo familiar

Incluir a todos los adultos, niños no escolarizados, escolares que no asistan a este centro educativo y a personal de servicio u otros que tengan contacto diario con la familia.

21. ¿En su grupo familiar se presenta alguna de estas condiciones que son consideradas como susceptibles de poder contraer COVID-19? *

Excluir a niños, niñas y adolescentes considerados en esta encuesta

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Condición de inmunosupresión (Cáncer, trasplante, diálisis, VIH, tratamiento quimioterapia y/o radioterapia)
- Enfermedades autoinmunes (Ej. Fibrosis quística, Enf. Reumatoídea, Lupus, entre otras)
- Enfermedades Cardiovasculares (Coagulopatías, arritmias, valvulopatías entre otras)
- Hipertensión arterial
- Enfermedades respiratorias crónica.(Enfisema pulmonar, asma bronquial, bronquitis obstructiva crónica etc)
- Diabetes Mellitus
- Embarazadas
- Recién Nacidos
- Lactantes o niños mayores no escolarizados con patología aguda / crónica / discapacidad
- Mayores de 65 años
- No, ninguna

Traslados

22. Indique la forma de traslado al colegio de sus hijos *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Transporte escolar
- Transporte público (Buses, metro, taxi, Uber, etc.)
- Auto personal
- Bicicleta / Scooter
- Caminando
- Auto compartido

Otros: _____

Consentimiento informado

23. Declaro haber entregado información fidedigna y acepto su uso para fines preventivos de salud en el contexto COVID-19 en el establecimiento (bajo confidencialidad) *

Marca solo un óvalo.

ACEPTO

NO ACEPTO

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios