

INFORMACION DE SALUD TRABAJADORES COVID-19

Elaboración Sociedad Chilena de Enfermería en Salud Escolar (SOCHIESE)

INSTRUCCIONES: Este Formulario es un Google que puede ser adaptado de acuerdo a los requerimientos de los centros educativos.

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 Trabajadores:

Para poder disminuir la posibilidad de contagios en un eventual reingreso al centro educativo y 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, trabajadores y entorno cercano de cada uno de ellos.

Les saludan cordialmente,

***Obligatorio**

1. Dirección de correo electrónico *

2. Nombre y Apellido *

3. Indique a que estamento su desempeño en el a que área del establecimiento pertenece *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Docente
- Asistente de la Educación (Apoyo en aula, Inspectores, etc)
- Profesional apoyo de la educación (Psicólogo, Fonoaudiólogo, Enfermera, Orientador, etc)
- Directivo docente
- Directivo Administrativo
- Personal Administrativo
- Personal de Mantención

Otros: _____

4. ¿Usted ha sido COVID-19 positivo? *

Marca solo un óvalo.

Sí *Ir a la pregunta 5*

No *Ir a la pregunta 8*

COVID-19 positivo

5. Fecha inicio primeros síntomas

Ejemplo: 7 de enero de 2019

6. Fecha examen

En caso que se lo haya efectuado (PCR / inmunoglobulinas)

Ejemplo: 7 de enero de 2019

7. Indique fecha alta médica o término de cuarentena

Ejemplo: 7 de enero de 2019

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, allegados.

8. ¿Algún otro miembro que viva en el domicilio ha sido COVID positivo? *

En caso que corresponda a un alumno/a del centro educativo indíquelo en la opción correspondiente

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Sí
- No
- Sí, hijo/a alumno/a del centro educativo

9. Indique fecha de término de cuarentena de la última persona positiva.

Ejemplo: 7 de enero de 2019

10. ¿Desde hace dos semanas ha tenido algún miembro del grupo familiar 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

11. 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

Antecedentes de enfermedades crónicas del grupo familiar

Incluir a todo el grupo familiar sin excepciones, incluyendo quienes trabajan en su hogar o tienen relación habitual con ella

12. ¿Usted presenta alguna de estas condiciones que son consideradas de riesgo de poder contraer COVID-19? *

Incluir a todo el grupo familiar sin excepciones

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Enfermedades inmunodepresoras (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 crónicas (Asma bronquial, Cuadros obstructivos, otros)
- Diabetes
- Cáncer
- Alteraciones genéticas
- Mal nutrición (obesidad, desnutrición)
- Lactantes o niños mayores no escolarizados con patología aguda / crónica / discapacidad
- No tengo niños ni adolescentes en mi familia
- Ninguna

Otros: _____

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

Incluir a todo el grupo familiar sin excepciones

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Enfermedades inmunodepresoras (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 crónicas (Asma bronquial, Cuadros obstructivos, otros)
- Diabetes
- Cáncer
- Alteraciones genéticas
- Mal nutrición (obesidad, desnutrición)
- Lactantes o niños mayores no escolarizados con patología aguda / crónica / discapacidad
- No tengo niños ni adolescentes en mi familia
- Ninguna

Otros: _____

14. Existe algún impedimento para regresar a sus labores presenciales , ya sea porque Ud. se encuentra en grupo de riesgo o por el riesgo de exponer a alguien de la familia (que viva con Ud.) *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Si, soy grupo de riesgo
- Si, por exponer a personas vulnerables de mi familia
- No, aunque tengo factores de riesgo controlados
- Debo consultarlo con el médico
- No tengo ningún impedimento

Otros: _____

15. En caso de haber respondido que SI tiene impedimentos para volver a su trabajo presencial, por favor indicarnos el motivo (confidencial).

Consentimiento
informado

Estos datos serán tratados con confidencialidad y custodiados exclusivamente por el establecimiento educacional por el personal de salud o encargado de salud

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

Marca solo un óvalo.

ACEPTO

NO ACEPTO

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios