



PAUTA PARA MONITOREO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS

Nombre:

Curso: Fecha:

N°	SIGNOS Y SÍNTOMAS	SI	NO
1	Fiebre ($\geq 37,8^{\circ}$)		
2	Perdida brusca y completa del olfato		
3	Perdida brusca y completo del gusto		
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 o nauseas 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 de asistencia.
2. Positivo a dos de los signos o síntomas del 4 al 15: se considera como sospechoso y debe ser aislado de forma inmediata, para luego gestionar u traslado a un centro asistencial.



CUESTIONARIO PARA MONITOREO NÚCLEO FAMILIAR

Nombre apoderado o contacto:

Se le aplicará la siguiente pauta al apoderado o contacto, al momento de que un estudiante haya presentado algún signo o síntoma sospechoso a COVID-19:

Alguien del núcleo cercano (mamá, papá o alguien que viva junto al estudiante) ha presentado alguno de los siguientes signos o síntomas:				
N°	SIGNOS Y SÍNTOMAS	SI	NO	Observaciones
1	Fiebre ($\geq 37,8^{\circ}$)			
2	Perdida brusca y completa del olfato			
3	Perdida brusca y completo del gusto			
4	Tos			
5	Congestión nasal			
6	Dificultad para respirar (disnea)			
7	Aumento de frecuencia respiratoria			
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 o náuseas o vómitos			
15	Dolor de cabeza (cefalea)			

El estudiante o núcleo familiar ha tenido contacto con algún caso confirmado o sospechoso de COVID-19	SI	NO
---	----	----