|  |
| --- |
| **INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ CELESTINO MUTIS****FORMATO AUTO REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD** |
|  |
|  |
|  |
|  |  |
| CIUDAD:  |   | FECHA | DD | MM | AA |  |
| **AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD** |  |
|   |  |
| **DATOS DEL DOCENTE** |  |
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES | NRO IDENTIFICACIÓN |  |
|   |   |   |   |  |
| SEXO |

|  |
| --- |
|  F M |

 | EDAD (años) |   | ESTADO CIVIL | Casado  |  | Soltero  |  | U. Libre  |  | Separado |  |  |
| EPS |   | AFP |   | ARL |   |  |
| Cargo |   | Dependencia |   |  |
| ¿Actualmente presenta alguna enfermedad o está en tratamiento médico? Explique |  |
| Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución |  |
| ¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique |  |
| ¿Considera que tiene alguna relación este síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique |  |
| ¿Ha consultado a su EPS por estos síntomas? ¿Si No Por qué? |  |
| Indique “SI” o “NO”, ¿Tiene familiares que convivan con usted y trabajen en el sector Salud? |  |
| Indique “SI” o “NO”, ¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos dos días? Fiebre (Temperatura mayor a 37,5 grados centígrados)Fiebre (Temperatura mayor a 37,5 grados centígrados) Fiebre (Temperatura mayor a 37,5 grados centígrados) Dificultad respiratoriaDolor de gargantaTosMalestar General (fatiga) Si Malestar General (fatiga) NoDiarrea |  |
| Indique “SI” o “NO”, ¿Ha tenido contacto con personas que tengan síntomas o que hayan sido confirmadas como portadores del COVID-19? |  |
| ¿Usted ha sido confirmado con positivo para COVID 19? |  |
| Si lo considere pertinente, agregue otras preguntas relacionadas con el COVID que le gustaría ver en este cuestionario   |  |
|   |  |
|   |  |
| **SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA LA INSTITUCIÓN**  |  |
|   |  |
|  |
|  |
| **FIRMAS** |  |
|   |  |
| Firma del docente | Firma del Coordinador que recibe  |  |
| C.C |  |

Observaciones adicionales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_