|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 respiratoria Dolor de garganta Tos Malestar General (fatiga) Si  Malestar General (fatiga) No Diarrea | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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