 REGISTRO DE INGRESO SANITARIO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N°  | Nombre  | Rut  | Edad  | Pertenece a la Comunidad Educativa: (funcionario/a, Alumno/a, Apoderado/a) u otro.  | Tuvo contacto con una persona enferma de coronavirus  | Actualmente tiene alguno de estos síntomas: (marcar con una X) 1.Tos 1. Dolor de Garganta
2. Secreción Nasal
3. Dolor Muscular
4. Dificultad respiratoria
 | Temperatura  | Apto para Ingresar  |
| SI  | NO  | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | SI  | NO  |
| 1  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 6  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 7  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 8  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 9  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 10  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 11  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 12  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 13  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 14  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 15  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  Nombre Responsable: Fecha: Firma:  |  |