

FILTRO SARS COV-2

Alumno(a): _____ Grado: _____ Grupo: _____

Semana del _____ al _____ de _____ del 202 _____

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Hago constar que realice a mi hijo (a) una revisión y aparentemente no presenta síntomas como:

Síntomas:	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Malestar general										
Tos seca										
Estornudos										
Escurrecimiento nasal										
Dolor de cabeza										
Diarrea										
Fiebre										
Dificultad para respirar										
FIRMA										

Hago de conocimiento que mi hijo(a) **NO** ha tenido contacto con personas sospechosas o positivas de COVID-19.

Observaciones:

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

Teléfono de contacto madre, padre o tutor: _____

❖ **Teléfono de contacto para cualquier duda del sector salud. 800 123 88 88**

"2021, Año de la Solidaridad médica, administrativa y civil, que colabora con la contingencia sanitaria del COVID19"