



**CENTRO EDUCATIVO FRAY GARCIA DE CISNEROS**

SECCION	PREESCOLAR ( ) PRIMARIA ( ) SECUNDARIA ( ) PREPARATORIA ( )
---------	--

<b>NOMBRE DEL ALUMNO:</b>	
---------------------------	--

FECHA:	GRADO:	GRUPO:
--------	--------	--------

**ENCUESTA SANITARIA COVID-19**

INSTRUCCIONES: MARQUE **SI**  **NO** HA TENIDO ALGUN SINTOMA

CUESTIONARIO	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. ¿Tiene fiebre?		
2. ¿siente dolor de cabeza?		
3. ¿siente dolor muscular y/o articulaciones?		
4. ¿tiene tos seca?		
5. ¿tiene estornudos?		
6. ¿tiene congestión nasal y/ o catarro?		

En caso de presentar un síntoma deberá acudir con su médico familiar para valoración médica y presentar su alta para la incorporación del alumno señalando el tratamiento recibido.

NOMBRE Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O TUTOR



**CENTRO EDUCATIVO FRAY GARCIA DE CISNEROS**

SECCION	PREESCOLAR ( ) PRIMARIA ( ) SECUNDARIA ( ) PREPARATORIA ( )
---------	--

<b>NOMBRE DEL ALUMNO:</b>	
---------------------------	--

FECHA:	GRADO:	GRUPO:
--------	--------	--------

**ENCUESTA SANITARIA COVID-19**

INSTRUCCIONES: MARQUE **SI**  **NO** HA TENIDO ALGUN SINTOMA

CUESTIONARIO	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. ¿Tiene fiebre?		
2. ¿siente dolor de cabeza?		
3. ¿siente dolor muscular y/o articulaciones?		
4. ¿tiene tos seca?		
5. ¿tiene estornudos?		
6. ¿tiene congestión nasal y/ o catarro?		

En caso de presentar un síntoma deberá acudir con su médico familiar para valoración médica y presentar su alta para la incorporación del alumno señalando el tratamiento recibido.

NOMBRE Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O TUTOR