

**COMUNIDAD DE HERMANOS MARISTAS DE LA ENSEÑANZA  
COLEGIO DE SAN LUIS GONZAGA - CALI  
CARACTERIZACIÓN ESTUDIANTES CUESTIONARIO PARA COVID – 19**

El siguiente cuestionario se realiza con el objetivo de recolectar información de la comunidad educativa para retornar de forma gradual y progresiva a la presencialidad bajo el esquema de alternancia planteada por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, así como para determinar si los niños, niñas y jóvenes presentan alguna comorbilidad de riesgo con el objetivo de extremar medidas y toma de decisiones para el regreso a la institución educativa.

Esta información será tratada conforme a la política de tratamiento y protección de datos personales de la Comunidad de Hermanos Maristas de la Enseñanza la cual podrá ser consultada en la página web del colegio.

**DATOS DEL ESTUDIANTE**

Tipo de identificación: \_\_\_\_\_  
 Número de identificación: \_\_\_\_\_  
 Nombre completo: \_\_\_\_\_  
 Grado: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_  
 Genero: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_  
 Nombre del padre de familia o acudiente: \_\_\_\_\_  
 Número de identificación: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

1. Antecedentes ¿El estudiante ha tenido alguno de los siguientes antecedentes?

ANTECEDENTES	NO	SI
Cardiopatías		
Hipertensión Arterial		
Enfermedad Pulmonar Crónica (EPOC/Asma)		
Fibrosis Quística		
Enfermedades renales (riñones)		
Enfermedad Hepática (hígado)		
Anemia de células falciformes		
Enfermedades autoinmunes, inmunosupresores, toma medicamentos inmunodepresores, anemia, cáncer o VIH		
Diabetes		
Mal nutrición (desnutrición u obesidad diagnosticada)		

- ¿El estudiante lleva tratamiento médico por su condición de salud? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ¿El estudiante convive con personas mayores de 70 años o personas que trabajan en prestación asistencial en salud? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**2. Identificación de contacto**

- ¿El estudiante convive en su hogar con familiares que presenten algún antecedente mencionado? Por favor mencionar parentesco y el antecedente  
\_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido contacto estrecho (menor a 2 metros por 15 minutos sin protección) con una persona con COVID-19 positivo?  
\_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido contacto estrecho (menor a 2 metros por 15 minutos sin protección) con una persona con síntomas respiratorios y usted no sabe si tiene COVID-19 positivo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**3. Pruebas diagnósticas**

- ¿Le han realizado prueba de COVID-19 con muestra en nariz que ha salido positiva?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ¿Le han realizado prueba de COVID-19 en sangre que ha salido positiva? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ¿Ha estado o está en aislamiento preventivo porque ha sido diagnosticado de COVID-19? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido incapacidad temporal por caso asociado a COVID-19? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**4. Información adicional**

- ¿Cuál es la distancia o tiempo de trayecto entre el hogar del estudiante y el colegio?  
\_\_\_\_\_
- ¿El estudiante presenta alguna dificultad para realizar autoestudio o estudio de manera virtual en casa?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Cuál es la posición de la familia frente a la posibilidad de iniciar con el proceso de retorno gradual y progresivo a la presencialidad bajo el esquema de alternancia?  
\_\_\_\_\_

FIRMA DEL ACUDIENTE \_\_\_\_\_

**¡Gracias por su apoyo y comprensión!**