**ANEXO**

**DECLARACIÓN DE SALUD POR COVID 19 Y TOMA DE CONOCIMIENTO**

**CEREMONIA DE LICENCIATURA 4º MEDIO 2020**

**\*ESTE DOCUMENTO DEBE COMPLETARLO EL DÍA VIERNES 11 DE DICIEMBRE Y LLEVARLO A LA CEREMONIA.**

Nombre completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

RUT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Fecha: viernes 11 de diciembre.

Temperatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Marca si has presentado alguno de estos síntomas durante el día:**

a.- Fiebre, esto es temperatura corporal de 37,8° o más. Sí\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_

b.- Tos. Sí\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_

c.- Disnea o dificultad respiratoria. Sí\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_

d.- Dolor torácico. Sí\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_

e.- Odinofagia o dolor de garganta al comer o tragar. Sí\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_

f.- Mialgias o dolores musculares. Sí\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_

g.- Calofríos. Sí\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_

h.- Cefalea o dolor de cabeza. Sí\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_

i.- Diarrea. Sí\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_

j.- Pérdida brusca del olfato o anosmia. Sí\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_

k.- Pérdida brusca del gusto o ageusia. Sí\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_

¿Has tenido contacto estrecho en los últimos 7 días con personas diagnosticadas con Covid 19? Sí\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_

* **DECLARO HABER LEÍDO Y COMPLETADO LOS DATOS EN FORMA FIDEDIGNA.**
* **DECLARO HABER LEÍDO, CONOCER Y CUMPLIR LAS INDCICACIONES DEL PROTOCOLO DE CEREMONIAS ANTE COVID 19.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA**