

## FICHA DE SINTOMATOLOGÍA COVID-19 PARA EL REGRESO A LAS ACTIVIDADES PRESENCIALES

### DECLARACIÓN JURADA

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad.  
Entidad: Colegio TRILCE – Sede xzxasdsdx RUC: Asociación Educativa La Fontana - RUC N.º 20516382041

<b>Apellidos y nombres del estudiante</b>		<b>DNI del estudiante</b>	
<b>Dirección domiciliaria</b>		<b>Grado y sección del estudiante</b>	
<b>Nombres y apellidos del padre/madre o apoderado</b>		<b>DNI del padre/madre o apoderado</b>	
<b>Numero de celular del padre/madre o apoderado</b>		<b>Nro. de celular para emergencias</b>	

En los últimos 7 días calendario su menor hijo(a) ha tenido alguno de los síntomas siguientes:

- |  |           |
|--|-----------|
| 1. Sensación de alza térmica o fiebre.                         | (SI) (NO) |
| 2. Tos, estornudos o dificultad para respirar.                 | (SI) (NO) |
| 3. Expectoración o flema amarilla o verdosa.                   | (SI) (NO) |
| 4. Pérdida del gusto y/o del olfato                            | (SI) (NO) |
| 5. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19. | (SI) (NO) |
| 6. Está tomando alguna medicación: (Detallar cuál o cuáles)    | (SI) (NO) |

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte. He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de los miembros de la comunidad educativa y la de mi menor hijo(a), lo cual, de constituir una falta grave a la salud pública asumo las consecuencias.

Fecha: 07 / 03 / 2022 Firma: \_\_\_\_\_

En los últimos 7 días calendario su menor hijo(a) ha tenido alguno de los síntomas siguientes:

- |  |           |
|--|-----------|
| 1. Sensación de alza térmica o fiebre.                         | (SI) (NO) |
| 2. Tos, estornudos o dificultad para respirar.                 | (SI) (NO) |
| 3. Expectoración o flema amarilla o verdosa.                   | (SI) (NO) |
| 4. Pérdida del gusto y/o del olfato                            | (SI) (NO) |
| 5. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19. | (SI) (NO) |
| 6. Está tomando alguna medicación: (Detallar cuál o cuáles)    | (SI) (NO) |

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte. He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de los miembros de la comunidad educativa y la de mi menor hijo(a), lo cual, de constituir una falta grave a la salud pública asumo las consecuencias.

Fecha: 09 /    /    Firma: \_\_\_\_\_

<p>En los últimos 7 días calendario su menor hijo(a) ha tenido alguno de los síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sensación de alza térmica o fiebre. (SI) (NO)</li> <li>2. Tos, estornudos o dificultad para respirar. (SI) (NO)</li> <li>3. Expectoración o flema amarilla o verdosa. (SI) (NO)</li> <li>4. Pérdida del gusto y/o del olfato (SI) (NO)</li> <li>5. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19. (SI) (NO)</li> <li>6. Está tomando alguna medicación: (Detallar cuál o cuáles) (SI) (NO)</li> </ol>	<p>En los últimos 7 días calendario su menor hijo(a) ha tenido alguno de los síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sensación de alza térmica o fiebre. (SI) (NO)</li> <li>2. Tos, estornudos o dificultad para respirar. (SI) (NO)</li> <li>3. Expectoración o flema amarilla o verdosa. (SI) (NO)</li> <li>4. Pérdida del gusto y/o del olfato (SI) (NO)</li> <li>5. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19. (SI) (NO)</li> <li>6. Está tomando alguna medicación: (Detallar cuál o cuáles) (SI) (NO)</li> </ol>
<p>Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte. He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de los miembros de la comunidad educativa y la de mi menor hijo(a), lo cual, de constituir una falta grave a la salud pública asumo las consecuencias.</p> <p>Fecha: ___/___/___ Firma: _____</p>	<p>Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte. He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de los miembros de la comunidad educativa y la de mi menor hijo(a), lo cual, de constituir una falta grave a la salud pública asumo las consecuencias.</p> <p>Fecha: ___/___/___ Firma: _____</p>
<p>En los últimos 7 días calendario su menor hijo(a) ha tenido alguno de los síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sensación de alza térmica o fiebre. (SI) (NO)</li> <li>2. Tos, estornudos o dificultad para respirar. (SI) (NO)</li> <li>3. Expectoración o flema amarilla o verdosa. (SI) (NO)</li> <li>4. Pérdida del gusto y/o del olfato (SI) (NO)</li> <li>5. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19. (SI) (NO)</li> <li>6. Está tomando alguna medicación: (Detallar cuál o cuáles) (SI) (NO)</li> </ol>	<p>En los últimos 7 días calendario su menor hijo(a) ha tenido alguno de los síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sensación de alza térmica o fiebre. (SI) (NO)</li> <li>2. Tos, estornudos o dificultad para respirar. (SI) (NO)</li> <li>3. Expectoración o flema amarilla o verdosa. (SI) (NO)</li> <li>4. Pérdida del gusto y/o del olfato (SI) (NO)</li> <li>5. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19. (SI) (NO)</li> <li>6. Está tomando alguna medicación: (Detallar cuál o cuáles) (SI) (NO)</li> </ol>
<p>Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte. He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de los miembros de la comunidad educativa y la de mi menor hijo(a), lo cual, de constituir una falta grave a la salud pública asumo las consecuencias.</p> <p>Fecha: ___/___/___ Firma: _____</p>	<p>Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte. He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de los miembros de la comunidad educativa y la de mi menor hijo(a), lo cual, de constituir una falta grave a la salud pública asumo las consecuencias.</p> <p>Fecha: ___/___/___ Firma: _____</p>

