



ENCUESTA DE SEGUIMIENTO DE CONTACTOS ESTRECHOS EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Responda por favor a la siguiente encuesta para la valoración del final de la cuarentena indicada a su hijo por haber sido contacto estrecho de un caso COVID-19 con fecha

¿Ha presentado su hijo algún síntoma durante la cuarentena (fiebre, síntomas catarrales o respiratorios, diarrea , alteración del gusto y olfato, dolor de cabeza ,malestar general u otros?

-Sí (indique cuál):

Fecha de inicio:

-No

¿Ha consultado con su pediatra o médico de cabecera?

-Sí

-No

¿Le ha indicado alguna recomendación o prueba diagnóstica en relación a COVID-19?

-Sí (indique cuál):

-No

¿Hay algún otro miembro de su familia o conviviente con enfermedad COVID-19, sintomatología compatible o contacto estrecho con caso positivo?

-Sí (indique fecha y tipo de contacto)

-No

Fecha y firma

