



FORMULARIO DE SOSPECHA O CONFIRMACION DE COVID-19 DEPARTAMENTO MÉDICO			
CURSO:	PARALELO	TUTOR RESPONSABLE	
FECHA:			
APELLIDOS: (Estudiante)	NOMBRES:	EDAD:	
SOSPECHAS DE COVID 19	SI	NO	
(Ha tenido contacto con pacientes que ha presentado síntomas o ha presentado una Prueba POSITIVA para COVID-19)			
SINTOMAS PRESENTES:	SI	NO	
(Especifique la sintomatología)			
PRUEBA DIAGNÓSTICO DE COVID-19	TIPO DE PRUEBA	RESULTADO	
		POSITIVO	NEGATIVO
VALORACIÓN MÉDICA:	INSTITUCIÓN		
	FECHA		
DIAS DE REPOSO	FECHA DE REINGRESO		
TUTOR RESPONSABLE	REPRESENTATE LEGAL		

* El estudiante retornará a clases presencial después de hacer una cuarentena obligatoria de **10 días** en su domicilio tras haber presentado síntomas y obtener un resultado positivo verificable en una **prueba de Hisopado Nasofaríngeo PCR covid-19 positivo**.

* Retornará a la institución sin sintomatología alguna

* En el caso de presentar alguna complicación del cuadro o sintomatología persistente pasado los 10 días adjuntar

Certificado Médico Respectivo

REQUISITOS PARA EL REINGRESO:

1. IMPRIMIR Y LLENAR EL FORMULARIO ADJUNTO.
2. COPIA DE CÉDULA DEL ESTUDIANTE
3. RESULTADO DE UNA PRUEBA DE HISOPADO PCR
4. CERTIFICADO MÉDICO (si lo tuviera)

Estos requisitos deben ser entregados el primer día de su reingreso en el Departamento Médico de la Institución