

Anexo 4. Formulario de identificación de factores de riesgo

Docente y director

Datos generales:

1. Nombre	<input type="text"/>				
	Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Apellido casada
2. Edad	<input type="text"/>	3. Sexo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Edad en años	Hombre	Mujer		

4. Grado que enseña:	<input type="text"/>
5. Jefe inmediato:	<input type="text"/>
6. Dirección del docente:	<input type="text"/>
7. Teléfono 1:	8. Teléfono 2:
9. Nombre de contacto:	<input type="text"/>
10. Teléfono 1:	11. Teléfono 2:
12. Parentesco:	<input type="text"/>
13. Antecedentes importantes:	<input type="text"/>

	Afección médica	Afirmativo	Negativo
13.1	Embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.2	Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.3	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.4	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.5	HIV / otra inmunosupresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.6	Cardiopatía/hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.7	Asma que requiera medicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.8	Neumonía crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.9	Fumador crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.10	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.11	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.12	Mayor de 60 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.13	Enfermedades degenerativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.14	Otros (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Por confidencialidad (el sistema oculta los datos de las respuestas #13 y con una de las anteriores positivas, responda:

- A** Si tiene afección médica importante
B No tiene afección médica importante

Formulario de factores de riesgo COVID-19 / establecimientos educativos Estudiantes

Datos generales

1. Nombre	<input type="text"/>				
	Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Apellido casada
2. Edad	<input type="text"/>	3. Sexo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Edad en años	Hombre	Mujer		
4. Grado académico:	<input type="text"/>				
5. Sección:	<input type="text"/>				
6. Dirección del estudiante:	<input type="text"/>				
7. Teléfono 1:	8. Teléfono 2:				
9. Nombre de encargado:	<input type="text"/>				
10. Teléfono 1:	11. Teléfono 2:				
12. Parentesco:	<input type="text"/>				

13. Antecedentes importantes del estudiante

Afección médica		Afirmativo	Negativo
13.1	Desnutrición		
13.2	Obesidad		
13.3	Cáncer		
13.4	Diabetes		
13.5	HIV/ otra inmunosupresión		
13.6	Asma que requiera medicación		
13.7	Enfermedad renal		
13.8	Enfermedad hepática		
13.9	Otros (especifique):		

14. Por confidencialidad (el sistema oculta los datos de las respuestas #13 y con una de las anteriores positivas, responda:

- A** Si tiene afección médica importante
- B** No tiene afección médica importante