

## EVALUACION CLINICA PARA EL REGRESO PROGRESIVO A CLASES PRESENCIALES 2021

A continuación les solicitamos que completen la siguiente información que será de utilidad para que los equipos de salud realicen una evaluación de rastreo de factores de riesgo para Covid 19. Los datos brindados serán con carácter de **declaración jurada** por parte del padre, la madre o tutor/a, con la máxima confidencialidad.

Nombre y apellido del niño/a o adolescente: .....

DNI N°: ..... Sexo: ..... Fecha de nacimiento: .....

Edad (en años): ..... Domicilio: Calle..... N°..... Piso..... Dpto.....

Manzana..... Lote..... Barrio.....

Provincia: ..... Departamento: ..... Localidad: .....

Teléfono fijo: ..... Celular: .....

### ANTECEDENTES DE SALUD DEL PADRE/MADRE Y/O HERMANOS DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE

#### Antecedentes de salud del niño/a o adolescente

1. ¿Nació prematuro? Sí / No/ No sabe Peso de nacimiento (kg.): ..... / No sabe
2. ¿Tiene o ha tenido convulsiones a repetición o epilepsia? SI NO
3. ¿Tiene o ha tenido episodios de mareos, desmayos, pérdida del conocimiento, dolor fuerte en el pecho, palpitaciones o dificultad para respirar durante o después del ejercicio? SI NO
4. ¿Tiene o ha tenido infecciones urinarias a repetición? SI NO
5. ¿Tiene o ha tenido espasmos bronquiales a repetición o asma? SI NO
6. ¿Le han diagnosticado diabetes? SI NO
7. ¿Presenta o ha presentado presión arterial alta? SI NO
8. ¿Le han diagnosticado cardiopatía congénita o algún otro problema del corazón? SI NO
9. ¿Ha tenido Cáncer o tratamiento oncológico en algún momento de su vida? SI NO
10. ¿Ha tenido algún traumatismo o accidente que haya requerido internación? SI NO
11. ¿Tiene o ha tenido insuficiencia renal? SI NO
12. ¿Tiene o ha tenido dolor o muchas infecciones del oído? SI NO
13. ¿Alguna vez estuvo internado? ¿Cuál fue la causa de la internación? SI NO  
Causa: .....
14. ¿Recibe algún tratamiento médico, psicológico, fonoaudiológico, etc.? SI NO ¿Cuál?  
.....
15. ¿Hay algo de la salud del niño/a o adolescente que le preocupa? SI NO  
¿Cuál?.....
16. ¿Cuándo fue la última vez que un médico pesó y midió al niño/a y controló su carnet de vacunas? Hace menos de 1 año  
Hace más de 1 año No recuerda
17. ¿Tiene algún problema de salud no detallado anteriormente? SI NO  
¿Cuál?.....  
¿Tienen o han tenido algún problema de salud importante? Sí No No sabe  
¿Cuál/es? .....
18. ¿Algún familiar directo menor de 50 años sufrió muerte súbita o repentina? Sí No No sabe
19. ¿Tiene algún conviviente de la familia que sea considerado personal esencial (salud, seguridad, transportista)?  
¿Quién?.....
20. ¿Ha viajado o proviene de alguna zona donde haya casos de Covid 19 en los últimos 30 días? SI NO
21. ¿Ha estado con alguna persona que provenga de alguna zona con casos de Covid 19 en los últimos 30 días? SI NO
22. ¿Ha estado con personas que presenten síntomas respiratorios sospechosos de Covid 19 en los últimos 30 días? SI  
NO
23. ¿Ha estado en contacto con alguna persona con Covid 19 positivo en los últimos 30 días? SI NO
24. ¿El niño/a o adolescente ha presentado algún signo o síntoma sospechoso de Covid 19 o respiratorio en los últimos 30 días? SI  
NO  
¿Cuál?.....

**“Declaro que los datos son fieles a la verdad bajo juramento”.**

Nombre y apellido del padre/madre o adulto responsable: .....

Tipo y Número de documento.....

Firma: .....

**Realización de examen clínico:**

- Esquema de vacunación: ¿Trajo carnet?      Sí      No      ¿Tiene carné completo?      SI      No

Vacunas colocadas durante el control.....

PESO (Kg)						
TALLA (Cm)		Percentil (PC) TALLA	Menor a 3		mayor o igual a 3	
IMC		Percentil (PC) IMC	menor a 3 emaciaciones			
		Entre 3 y 9 (riesgo de bajo peso)				
		Entre 10 y 4 (normal)				
		Entre 5 y 97 (sobrepeso)				
		Mayor a 97 (obesidad)				
Presion arterial	SISTOLICA					
	DIASTOLICA					
				hallazgos		
cardiovascular	Con hallazgos relevantes					
	Sin hallazgos relevantes					
	No se evaluo					
Respiratorio	Con hallazgos relevantes					
	Sin hallazgos relevantes					
	No se evaluo					

**Observaciones:**.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dejo constancia que: .....DNI:.....

de.....años de edad se le ha realizado un Control de salud para detección de factores de riesgo para covid 19. De no mediar intercurencias clínicas que definan lo contrario, **esta constancia tiene validez por 3 meses.**

Día Mes Año

Firma y sello del médico

**RESOLUCIÓN N° 286/2020**

**ANEXO VI**  
**DECLARACIÓN JURADA ALUMNOS**

En la Provincia de Santiago del Estero, a los .....días del mes de..... del año **2.021**, quien suscribe (Apellido y Nombre):.....  
D.N.I N° ....., de ..... años de edad, con domicilio real sito en:.....  
teléfono celular N°....., teléfono fijo N°.....,  
en mi carácter de alumno perteneciente al..... año, división.....  
en la Escuela.....;

Declaro bajo juramento:

- 1) Que conozco la normativa vigente (Resolución CFE 364/2020, de la Resolución Ministerial RESOL-2020-550-E-GDESDE-ME y de la presente) relativa a las Pautas para la Formulación del Plan Institucional de Vuelta a Clases en materia de seguridad, higiene y prevención frente al avance de la pandemia del COVID 19 referentes al mantenimiento de distancia social de entre 1.5 y 2 metros en lugares públicos, lavado frecuente de manos y en caso de no ser posible, sanitización mediante uso constante de alcohol en gel, uso permanente de tapabocas en espacios públicos y dentro del establecimiento educativo, lavado frecuente de tapabocas o reemplazo si fuere descartable, limpieza y desinfección de calzado al ingresar a ambientes cerrados, como así también de útiles, elementos de trabajo, mochilas o bolsos, mercaderías y otros elementos.
- 2) Que me comprometo a cumplir y hacer cumplir a todo mi grupo familiar dichas normas tanto en el ámbito del hogar como en el ámbito escolar.
- 3) Que no asistiré al establecimiento educativo en caso de presentar fiebre y/o síntomas de enfermedad compatibles con COVID 19, o cuando me encuentre en situación de haber mantenido contacto estrecho con personas con caso de COVID 19 confirmado, con contactos estrechos de casos confirmados o con casos sospechosos.
- 4) Que informare inmediatamente a las autoridades escolares y sanitarias en caso de que presente fiebre y/o síntomas compatibles con COVID 19 (cansancio, tos seca, pérdida de gusto u olfato, dolor de garganta o dificultad respiratoria) o si me encontrare en la situación de haber mantenido contacto estrecho con personas con caso de COVID 19 confirmado, con contactos estrechos de casos confirmados o con casos sospechosos.

FIRMA:

ACLARACIÓN:

D.N.I.:



**RESOLUCIÓN N° 286/2020**

**ANEXO VI**

**DECLARACIÓN JURADA PADRE O TUTOR**

En la Provincia de Santiago del Estero, a los..... días del mes de.....  
del año **2.021**, quien suscribe (Apellido y Nombre):.....,  
D.N.I N° ....., de.....años de edad, con domicilio real  
sito en:.....  
.....,  
teléfono celular N°....., teléfono fijo N°:.....,  
en mi carácter de padre/tutor del alumno/a.....  
de.....años de edad, quien concurre al..... Grado, división..... en la  
Escuela .....

Declaro bajo juramento:

- 5) Que conozco la normativa vigente (Resolución CFE 364/2020, de la Resolución Ministerial RESOL-2020-550-E-GDESDE-ME y de la presente) relativa a las Pautas para la Formulación del Plan Institucional de Vuelta a Clases en materia de seguridad, higiene y prevención frente al avance de la pandemia del COVID 19 referentes al mantenimiento de distancia social de entre 1.5 y 2 metros en lugares públicos, lavado frecuente de manos y en caso de no ser posible, sanitización mediante uso constante de alcohol en gel, uso permanente de tapabocas en espacios públicos y dentro del establecimiento educativo, lavado frecuente de tapabocas o reemplazo si fuere descartable, limpieza y desinfección de calzado al ingresar a ambientes cerrados, como así también de útiles, elementos de trabajo, mochilas o bolsos, mercaderías y otros elementos.
- 6) Que me comprometo a cumplir y hacer cumplir a todo mi grupo familiar dichas normas tanto en el ámbito del hogar como en el ámbito escolar.
- 7) Que no enviaré a mi hijo/hija al establecimiento educativo en caso de que el/la mismo/a presente fiebre y/o síntomas de enfermedad compatibles con COVID 19, o cuando el mismo se encuentre en situación de haber mantenido contacto estrecho con personas con caso de COVID 19 confirmado, con contactos estrechos de casos confirmados o con casos sospechosos.
- 8) Que informaré inmediatamente a las autoridades escolares y sanitarias en caso de que el niño/a presente fiebre y/o síntomas compatibles con COVID 19 (cansancio, tos seca, pérdida de gusto u olfato, dolor de garganta o dificultad respiratoria) o si se encontrare en la situación de haber mantenido contacto estrecho con personas con caso de COVID 19 confirmado, con contactos estrechos de casos confirmados o con casos sospechosos.

FIRMA:

ACLARACIÓN:

D.N.I.: