



Colegio María Auxiliadora Norte

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EDUCATIVO EN LA MODALIDAD DE ALTERNANCIA

Versión 1
Edición: 06/11/2020

De conformidad con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y demás normas que las complementen o modifiquen, autoriza a Inspectoría Santa María Mazzarello – Colegio Auxiliadora Norte para el tratamiento de la información proporcionada por usted en el presente documento. Con la suscripción del presente documento, usted se responsabiliza por la información que suministra para poder ingresar y permanecer en las instalaciones del Colegio Auxiliadora Norte. Manifiesto de manera expresa, libre, directa y consciente, que he sido informado sobre el protocolo establecido dentro de las instalaciones de la institución, por lo que me comprometo a acatar todas las indicaciones.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

1. INFORMACIÓN PERSONAL DE LA ESTUDIANTE

NOMBRE COMPLETO:			
NO. DE IDENTIFICACIÓN:			
EDAD:		FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:	
GÉNERO:			
GRADO QUE VA A CURSAR EN EL 2021:			
TELÉFONO:		CELULAR:	
EPS - PREPAGADA:			
PESO:			
ESTATURA:			
CONTACTO DE EMERGENCIA (NUMERO Y PARENTESCO):			

2. INFORMACION FAMILIAR (Responda con una X según corresponda)

PERSONAS QUE VIVEN CON LA ESTUDIANTE			OBSERVACIONES
	SI	NO	
Menores de 5 años			
Mayores de 60 años			
Personas que hayan sido diagnosticadas con alguna de las siguientes patologías.			Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática <input type="checkbox"/> Enfermedad inmunológica <input type="checkbox"/> Enfermedad reumatológica <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/>
¿Su hija ha tenido contacto directo con casos confirmados de COVID-19?			
¿En mi entorno (familiar, vecino, amigo) se han confirmado casos de COVID-19?			
¿Ha estado usted en periodo de aislamiento? En caso de ser afirmativo, por cuánto tiempo.			
¿Usted vive con personas que laboran en el área de la salud?			
¿Cuántas personas viven en su casa? (Incluyéndolo a usted)			N° de personas en situación de discapacidad

3. INFORMACIÓN MÉDICA Y SINTOMATOLÓGICA DE LA ESTUDIANTE

Marque con un X si su hija ha sido diagnosticada con:	Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática <input type="checkbox"/> Enfermedad inmunológica <input type="checkbox"/> Enfermedad reumatológica <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	
	¿Ha sido sometida a algún procedimiento quirúrgico u hospitalización por condiciones médicas? Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ NO <input type="checkbox"/>	
¿La niña presenta alguna clase de alergia?	Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ NO <input type="checkbox"/>	
¿Actualmente recibe algún tratamiento médico o terapéutico?	Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ NO <input type="checkbox"/>	
¿Actualmente toma algún tipo de medicamento?	Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ NO <input type="checkbox"/>	

Marque con un X si su hija cuenta con las siguientes vacunas	BCG <input type="checkbox"/>	HEPATITIS A 1ERA DOSIS <input type="checkbox"/>	HEPATITIS A 2DA DOSIS <input type="checkbox"/>	HEPATITIS A 3ERA DOSIS <input type="checkbox"/>
	HEPATITIS B 1ERA DOSIS <input type="checkbox"/>	HEPATITIS B 2DA DOSIS <input type="checkbox"/>	HEPATITIS B 3ERA DOSIS <input type="checkbox"/>	
	HEPATITIS C 1ERA DOSIS <input type="checkbox"/>	HEPATITIS C 2DA DOSIS <input type="checkbox"/>	HEPATITIS C 3ERA DOSIS <input type="checkbox"/>	
	TRIPLE VIRAL <input type="checkbox"/>	POLIO <input type="checkbox"/>	GRIPA <input type="checkbox"/>	
	SARAMPIÓN 1ERA DOSIS <input type="checkbox"/>	SARAMPIÓN 2DA DOSIS <input type="checkbox"/>	SARAMPIÓN 3ERA DOSIS <input type="checkbox"/>	
	DPT 1ERA DOSIS <input type="checkbox"/>	DPT 2DA DOSIS <input type="checkbox"/>	DPT 3ERA DOSIS <input type="checkbox"/>	
¿Ha recibido tratamiento para cáncer en los últimos 5 años? ¿O está en tratamiento actualmente?	Sí <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
4. HÁBITOS DE LA ESTUDIANTE				
¿Practica deporte o alguna actividad física?	Sí <input type="checkbox"/>		¿Cuál? _____ NO <input type="checkbox"/>	
	¿Con qué frecuencia? _____			
¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?				
5. CONDICIONES DE LA VIVIENDA DE LA ESTUDIANTE				
Dirección de residencia:				
Barrio:	Estrato: _____			
Municipio:				
Herramientas con las que cuenta en su vivienda.	Celular con datos de internet: <input type="checkbox"/>		Celular sin datos (solo llamadas): <input type="checkbox"/>	
	Computador de escritorio con red de internet: <input type="checkbox"/>		Computador portátil: <input type="checkbox"/>	
	Tablet o Ipad con internet Wifi: <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Tipo de vivienda	Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Características de la vivienda:	Arrendada: <input type="checkbox"/> Propia: <input type="checkbox"/> Familiar: <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Zona en la que se ubica:	Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Suburbana <input type="checkbox"/>			
Medio de transporte que usa para dirigirse a la Institución:	Caminando <input type="checkbox"/>		Moto <input type="checkbox"/> Vehículo particular <input type="checkbox"/>	
	Transporte público <input type="checkbox"/>		Otro: _____	
¿Con cuáles de los siguientes servicios cuenta usted en su casa?	Agua potable <input type="checkbox"/>		Alcantarillado <input type="checkbox"/> Energía <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/>	
	Gas domiciliario <input type="checkbox"/>		Recolección de basuras <input type="checkbox"/> Otro(s): _____	
¿Cuántas habitaciones tiene en su casa?	¿Cuántos baños tiene su casa?			
6. INFORMACIÓN A DILIGENCIAR POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN				
	RESULTADO	SÍ	NO	RECOMENDACIONES
Apto para el reintegro				Cumplir con el protocolo de la institución.
Reintegro con condiciones especiales				Realizar aula en casa.
				Manejar horario flexible.
				Reprogramación de actividades.
No apto para el reintegro				Permanecer en aislamiento.
				Reportar a la EPS.
FIRMA DEL ACUDIENTE:		CÉDULA DEL ACUDIENTE:		