



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE SAN LUIS POTOSÍ
CUESTIONARIO DE SEGURIDAD E HIGIENE

Nombre Completo:

Fecha:

¿Actualmente presentas algunos de los siguientes síntomas?

	SI	NO
1.- Temperatura de 37.5° o superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Tos frecuente e inexplicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Falta de aliento o dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pérdida del sentido del olfato o gusto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Enfermedad respiratoria (dolor de garganta, cuerpo cortado, malestar general)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- Vómito o diarrea no asociada a la ingesta de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has tenido contacto cercano con riesgo a exposición de contagio (ejem: estornudos, tos y/o contacto directo por 10 minutos o más) con algún caso confirmado o sospechos de COVID 19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yo seguiré las reglas establecidas por la UTSLP para protegerme a mi, a mis compañeros del curso/evaluación y a los otros con los que tenga contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>