

# Formulario de identificación de factores de riesgo

## Docente y director

### Datos generales:

1. Nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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

<b>Afección médica</b>		<b>Afirmativo</b>	<b>Negativo</b>
<b>13.1</b>	Desnutrición		
<b>13.2</b>	Obesidad		
<b>13.3</b>	Cáncer		
<b>13.4</b>	Diabetes		
<b>13.5</b>	HIV/ otra inmunosupresión		
<b>13.6</b>	Asma que requiera medicación		
<b>13.7</b>	Enfermedad renal		
<b>13.8</b>	Enfermedad hepática		
<b>13.9</b>	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