



COLEGIO NUEVA GENERACIÓN

ENCUESTA PARA ESTUDIANTE DE ALTERNANCIA 2021

SE LE PIDE A LOS ESTUDIANTES EN CONJUNTO CON LOS PADRES DE FAMILIA DILIGENCIAR LA SIGUIENTE ENCUESTA SOBRE EL MODELO DE ALTERNANCIA PROPUESTO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION

DENTRO DE LA COMUNIDAD EDUCATIVA CUAL ES SU ROL							
DIRECTIVO							
PADRE, MADRE O ACUDIENTE							
ESTUDIANTE							
DOCENTE							
ADMINISTRATIVO							
ESTUDIANTE							
Nombre del estudiante:							
Grado:		Dirección:		Teléfono:			
Edad :		EPS :		Enfermedades padecidas			
EL ESTUDIANTE PRESENTA ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD? SI _____ NO _____							
SI SU RESPUESTA ANTERIOR FUE AFIRMATIVA SELECCIONE CUAL EN LAS SIGUIENTES OPCIONES							
DISCAPACIDAD AUDITIVA							
DISCAPACIDAD VISUAL							
DISCAPACIDAD FISICA							
DISCAPACIDAD INTELECTUAL							
DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL							
EL ESTUDIANTE PADECE ALGUN TIPO DE ENFERMEDAD QUE REQUIERA CUIDADOS ESPECIALES?				SI	NO		
SI LA ANTERIOR RESPUESTA ES AFIRMATIVA MENCIONE LA ENFERMEDAD _____ _____							
EL ESTUDIANTE TOMA ALGUN MEDICAMENTO PRESCRITO POR SU MEDICO? SI _____ NO _____ CUAL? _____							
Que protocolos utiliza en este espacio		SI	NO	Que protocolos utiliza en este espacio		SI	NO
QUE FORMA DE DESPLAZAMIENTO UTILIZA PARA LLEGAR AL COLEGIO? (PUEDE ELEGIR UNA O VARIAS OPCIONES)							
CAMINAR							
SERVICIO PUBLICO METROLINEA							
SERVICIO PARTICULAR							
SERVICIO ESCOLAR PARTICULAR							
OTROS							

Qué zona comunes utiliza		
Cuantos miembros de su lugar de residencia con viven con usted?		
FAMILIARES		
Nombre del padre	Edad:	Ocupación:
Fecha de nacimiento:	EPS	
Enfermedades:		
Tratamiento medico		
Nombre del madre	Edad:	Ocupación:
Fecha de nacimiento:	EPS	
Enfermedades:		
Tratamiento medico		
Otros familiares		
Nombre	Parentesco:	Edad:
Fecha de nacimiento:	Ocupación:	EPS
Enfermedades:		
Tratamiento medico		
Nombre	Parentesco:	Edad:
Fecha de nacimiento:	Ocupación:	EPS
Enfermedades:		
Tratamiento medico		
Nombre	Parentesco:	Edad:
Fecha de nacimiento:	Ocupación:	EPS
Enfermedades:		
Tratamiento medico		
Nombre	Parentesco:	Edad:
Fecha de nacimiento:	Ocupación:	EPS
Enfermedades:		
Tratamiento medico		
Nombre	Parentesco:	Edad:
Fecha de nacimiento:	Ocupación:	EPS
Enfermedades:		
Tratamiento medico		
Nombre	Parentesco:	Edad:
Fecha de nacimiento:	Ocupación:	EPS
Enfermedades:		
Tratamiento medico		

Enfermedades:		
Tratamiento medico		
OTROS		
Convive con personas mayores de 60 años	Si	No
CONVIVE CON PERSONAS CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS Y ENFERMEDADES COMO		
HIPERTENSION		
DIABETES		
ENFERMEDAD RENAL		
CANCER		
CARDIOVASCULARES		
ARTRITIS REMATOIDEA		
RESPIRATORIAS GRAVES		
ASMA		
ENFERMEDADES CON COMPROMISO INMUNOLOGICO		
HIPOTIROIDISMO		
OBESIDAD MORBIDA		
ENFERMEDAD HEPATICA		
OTRAS		
DURANTE LA ULTIMA SEMANA USTED O ALGUN MIEMBRO DE SU LUGAR DE RESIDENCIA TUVO QUE ASISTIR A URGENCIAS? SI _____ NO _____ MOTIVO? _____		
CONOCE CASOS DE CONTAGIOS EN SU BARRIO? SI _____ NO _____		
EN SU LUGAR DE RESIDENCIA HAN TOMADO LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA EVITAR EL CONTAGIO DEL COVID_ 19? SI _____ NO _____ CUALES _____		
USTED O ALGUN MIEMBRO DE SU LUGAR DE RESIDENCIA HAN PRESENTADO SINTOMAS O CONTAGIO DEL COVID-19? SI _____ NO _____		
CUMPLE SU FAMILIA CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD Y DISTANCIAMIENTO FISICO AL SALIR DE SU LUGAR DE RESIDENCIA? SI _____ NO _____		
HA ESTADO USTED O ALGUN MIEMBRO DE SU FAMILIA EN ALGUN LUGAR (DENTRO O FUERA DE BUCARAMANGA) CON RIESGO DE CONTAGIO DE COVID-19? SI _____ NO _____		
LUGARES QUE HA VISITA CON MÁS FRECUENCIA		
QUE VISITAN RECIBEN DIARIAMENTE EN CASA		
ESTA DE ACUERDO CON EL RETORNO A CLASES PRESENCIALES BAJO EL PROCOTOLO DE ALTERNANCIA? SI _____ NO _____		
PREFERIRIA MANTENER LA EDUCACION VIRTUAL (APRENDE EN CASA)POR TODO EL AÑO SI _____ NO _____ PORQUE? _____		

CREE USTED QUE ESTAN DADAS LAS MEDIDAS Y PROTOCOLOS PARA EL REINGRESO A CLASES PRESENCIALES?

SI _____ NO _____

BAJO EL PROTOCOLO DE ALTERNANCIA ASUMIRIA USTED COMO ESTUDIANTE EL COMPROMISO DE INGRESAR AL COLEGIO TODO LO CORRESPONDIENTES A LOS ELEMENTOS BASICOS DE BIOSEGURIDAD (TAPABOCAS DE REPUESTOS, GEL ANTIBACTERIAL, ALCOHOL ENTRE OTROS).

SI _____ NO _____ FIRMA _____

COMO PADRE DE FAMILIA O ACUDIENTE ESTA DISPUESTO A ASUMIR LA RESPONSABILIDAD Y LOS CUIDADOS DE ENVIAR A SU HIJO AL COLEGIO BAJO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCION?

SI _____ NO _____ FIRMA _____

DILINGENCIAMIENTO DE ESTA ENCUESTA EL DIA _____

FIRMA _____

Nota:

El uniforme que llevan a la institución debe ser cambiado diariamente

Debe ingresar al colegio con el kit de bioseguridad