



## Cuestionario de Historial de Viajes Estudiantiles

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

1. ¿Usted o alguien de su familia ha vivido o viajado a un país con transmisión generalizada del Covid-19?

Sí  No

2. ¿Ha tenido usted o alguien de su familia contacto con una persona con la enfermedad por el virus del Covid-19 confirmada en los 21 días anteriores?

Sí  No

\_\_\_\_\_

Escribe tu nombre

\_\_\_\_\_

Firma

Si se responde **SÍ** se responde a cualquiera de estas preguntas, comuníquese con la clínica de salud de la escuela.

Si se responde **NO** a todas estas preguntas, continúe con el proceso de inscripción.