



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**  
**PREPARATORIA No. 15**  
**Cuestionario de Condiciones de Salud**  
**Semestre: Agosto – Diciembre 2021**  
**3er. SEMESTRE**



LAS PREGUNTAS AQUÍ ESTIPULADAS SON LLEVADAS A CABO POR CUMPLIMIENTO A LOS PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN SANITARIA Y SEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA UANL Y COMO MEDIDA PREVENTIVA, POR LO TANTO, LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA DEBE SER VERÍDICA.

ES CONDICIÓN OBLIGATORIA PARA EL ALUMNO(A) COMPLETAR EL PRESENTE FORMULARIO Y TRAERLO IMPRESO EL DÍA DE LA CONFIRMACIÓN PARA SU INGRESO A LAS CLASES EN LA MODALIDAD HÍBRIDA, Y CON ELLO PODER OTORGARLE EL ACCESO A LAS INSTALACIONES DE LA INSTITUCIÓN.

RECUERDE QUE ES NECESARIO CONOCER SI USTED, FUE DUAGNOSTICADO(A) CON COVID-19, POR PREVENCIÓN SE DEBE INFORMAR DE INMEDIATO.

¡LA RESPONSABILIDAD ES DE TODOS, CUIDÉMONOS ENTRE TODOS!

Fecha: Lunes 28 de Junio de 2021

Hora: 10:00 a 16:00 hrs.

Datos personales:

Nombre:

Apellido paterno

Apellido materno

Matrícula:

Grupo:

Tel Celular:

Domicilio

Calle:

Número:

Colonia:

Municipio:

**En caso de emergencia**

INFORMAR A:

Nombre del Contacto:

Parentesco:

Teléfono:

ACTUALMENTE PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS:

| SÍNTOMA                       | SI | NO |
|-------------------------------|----|----|
| Fiebre o temperatura          |    |    |
| Malestar General              |    |    |
| Dolor de garganta             |    |    |
| Dificultad para respirar      |    |    |
| Congestión nasal              |    |    |
| Tos                           |    |    |
| Escalofrío                    |    |    |
| Dolor Muscular                |    |    |
| Pérdida del gusto y el olfato |    |    |
| Malestar estomacal            |    |    |

DOY FE DE HABER CONTESTADO EL PRESENTE FORMULARIO CON VERACIDAD

FIRMA: \_\_\_\_\_