

**ANEXO N°4**

**AUTORIZACIÓN DE APODERADAS/OS PARA PARTICIPAR DE ACTIVIDADES PRESENCIALES EN PANDEMIA**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ apoderada/o de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ perteneciente a la Unidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Grupo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo que participe de las actividades presenciales a realizarse el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en el lugar denominado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

***Al firmar esta autorización, aseguro que mi hija/o no presenta ninguno de los siguientes síntomas en las últimas 48 horas:***

|  |
| --- |
| - Fiebre, esto es presentar una temperatura corporal de 37,5 °C o más. |
| - Odinofagia o dolor de garganta al comer o tragar fluidos. |
| - Taquipnea, aumento de la frecuencia respiratoria. |
| - Tos. | - Disnea o dificultad respiratoria. |
| - Dolor torácico. | - Mialgias o dolores musculares. |
| - Calofríos.  | - Cefalea o dolor de cabeza. |
| - Diarrea. | - Pérdida brusca del olfato o Anosmia. |
| - Pérdida brusca del gusto o Ageusia. | - Congestión Nasal. |
| - Anorexia o náuseas o vómitos. | - Debilidad general o fatiga. |

**En caso de presentar algún síntoma en actividades, llamar a:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Parentesco** | **Teléfono** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Especificar Sistema de salud:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por este medio declaro que mi núcleo familiar (o las personas con las que vive mi hijo/a) no ha tenido contacto con un caso positivo de COVID-19 desde hace 15 días.

Declaro conocer el protocolo de “Retorno seguro y responsable de la Asociación de Guías y Scouts de Chile”.

**Firma del apoderado**