**PRÁCTICAS PREPROFESIONALES DE SERVICIO COMUNITARIO**

(LISTA DE VERIFICACIÓN PARA ACTIVIDADES PRESENCIALES)

# **1. Datos generales**

# **Estudiante participante**

# **Nombre:**

# **Cédula:**

# **Profesor tutor**

# **Nombre:**

# **Cédula:**

#

# **Representante de la comunidad**

# **Nombre:**

# **Cédula:**

# **Período de realización de las prácticas**

# **Fecha de inicio:**

# **Fecha de finalización:**

# **2. Información**

Tipo de sangre:

¿Cuenta con la dosis completa de vacuna contra la COVID-19?:

¿Tiene conocimiento del protocolo de seguridad para

prácticas preprofesionales de servicio comunitario presenciales?

¿Firmó el documento de acuerdo de asunción de riesgos?

¿Asistió al curso básico en prevención de riesgos?

¿La organización/lugar en el que está haciendo las prácticas

preprofesionales cuenta con un protocolo de seguridad?

# **3. Tabla de control diario**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | **¿Posee Mascarilla?** | **¿Posee alcohol?** | **¿Cumple con todas la normas de seguridad pertinentes?** | **Presenta algún síntoma relacionado a la COVID-19(aumento de temperatura, tos, etc.)** | **Firma** |
|  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*NOTA: En caso de sufrir un accidente o presentar síntomas de la COVID-19 informar a su Profesor Tutor y/o comunicarse al número telefónico de Emergencia del Centro Médico de la UITEY:* ***(06) 2 999 130 ext: 2005***