

# Formulario de Inscripción Biblioteca y Centro de Documentación

Nombre y apellido \_\_\_\_\_

Rut (sin puntos ni guión) \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Región de residencia \_\_\_\_\_

Comuna de residencia \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Has tenido o vives con alguien que haya tenido alguno de los siguientes síntomas en los últimos días: fiebre, tos o dificultad para respirar?

Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

¿Vives con alguna persona que haya tenido diagnóstico por COVID?

Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

¿Vives con alguien que esté en cuarentena preventiva por COVID?

Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

¿Has tenido contacto con personas diagnosticadas por COVID en los últimos 15 días?

Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

**Muchas gracias!!!!!!**