



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS “UNISANITAS”

Encuesta de Estratificación de Riesgo individual por Covid 19

#MASUNIDOSQUENUNCA

Tomando en consideración la actual Pandemia declarada por la OMS, por infección por el coronavirus SARS-Cov2 (COVID19, que ha puesto en riesgo a toda la humanidad, y teniendo en cuenta las directrices y lineamientos emanados del gobierno nacional, específicamente de los Ministerios de Salud y de Protección Social, del Trabajo, y de Educación Nacional, la Fundación Universitaria Sanitas – Unisanitas – como respuesta ante esta crisis sanitaria, económica y social, ha emitido una serie de comunicados, y normativas, de carácter académico, administrativo y de bienestar, orientados a responder a la situación actual privilegiando en todo momento, el cuidado de todos los miembros de su comunidad universitaria y asegurando la calidad de los procesos de formación y la permanencia de todos los miembros de la comunidad. Por ello, diseñó el Plan Retorno Unisanitas Segura representado en cuatro escenarios o etapas: a) Etapa 1: Emergencia Sanitaria, b) Etapa 2: Retorno a Indispensables que da cuenta de las estrategias y medidas para el desplazamiento de estudiantes a prácticas formativas (clínica y laboratorios CMAPS), c) Etapa 3: Retorno Responsable Grado 1, Desplazamientos de estudiantes solo un día a la semana y d) Etapa 4: Retorno Responsable Grado 2, Desplazamiento de estudiantes más de un día a la semana.

Por lo anterior, se requiere realizar la caracterización de las condiciones de salud y socio demográficas de su comunidad universitaria, con el fin de prever y mitigar el riesgo de complicaciones si llegasen a contagiarse.

Por tal motivo se le solicita que diligencie de manera PRIORITARIA la presente encuesta, los datos allí consignados, serán procesados y resguardados por el área de Bienestar Universitario, con el fin de mantener la privacidad, confidencialidad y la debida reserva legal.

La encuesta está estructurada en 8 partes: 1. Información general; 2. Dimensión sociodemográfica; 3. Dimensión laboral; 4. Dimensión financiera y económica; 5.

Calle 170 #8-41 / Bogotá ☐ - Colombia

www.unisanitas.com.co

Unisanitas/Vigilada Mineducación Reconocimiento personería jurídica: Resolución No. 3015 del 23 de diciembre de 2002



Dimensión Conectividad y tiempo en línea; 6. Dimensión Estado de Salud Actual (personal y familiar); 7. Tecno Estrés y 8. Dimensión Emocional.

Agradecemos dedique el tiempo necesario para responder esta encuesta y contribuir con la identificación de aspectos a trabajar. Los datos recolectados serán tratados de manera confidencial para los fines antes mencionados.

Antes de continuar con el diligenciamiento de la encuesta para responder en señal de aceptación.

Autorizo a la Fundación Universitaria Sanitas, para el manejo de la información aportada en esta encuesta con la finalidad de desarrollar acciones integradas al Modelo Institucional de Bienestar, de promoción y prevención frente al contagio por COVID-19 en el cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST de la institución. SI __ NO

1. Información general

- 1.1. Nombres y Apellidos: _____
- 1.2. Tipo de documento:
__ Tarjeta de identidad
__ Cédula de ciudadanía
__ Cédula de extranjería
__ Otro
- 1.3. Número de documento: _____
- 1.4. Correo electrónico: _____
- 1.5. Tipo de vinculación:
Estudiante - Pregrado
Estudiante - Postgrado
Empleado - Administrativo
Empleado - Docente
- 1.6. Programa o Unidad a la que pertenece:
Facultad – Medicina
Facultad – Enfermería

Calle 170 #8-41 / Bogotá ☐ - Colombia
www.unisanitas.com.co

Unisanitas/Vigilada Mineducación Reconocimiento personería jurídica: Resolución No. 3015 del 23 de diciembre de 2002

Facultad – Psicología
Instituto de Gerencia y Gestión Sanitaria

1.7. Si es estudiante indique semestre en el que se encuentra:

- Semestre 1
- Semestre 2
- Semestre 3
- Semestre 4
- Semestre 5
- Semestre 6
- Semestre 7
- Semestre 8
- Semestre 9
- Semestre 10
- Semestre 11
- Semestre 12
- Semestre 13
- Otro _____

1.8. Si es estudiante y se encuentra desarrollando su práctica clínica o profesional, diligencie la siguiente casilla, indicando la Institución donde desarrolla su práctica presencial. En el caso de que no aplique, por favor digitar no aplica (N/A):

2. Dimensión Sociodemográfica

2.1. Por favor indique su fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) completo _____

2.2. ¿Cuál es su género?

- Femenino _____
- Masculino _____
- Otro _____

2.3. Por favor indique su edad actual _____

Calle 170 #8-41 / Bogotá ☐ - Colombia

www.unisanitas.com.co

2.4. Su actual estado civil es:

- Soltero(a)
- Casado(a)
- Unión libre
- Separado(a)
- Divorciado(a)
- Viudo(a)

2.5. Su actual dirección de residencia es _____

2.6. Indique el nombre de su Barrio de residencia actual _____

2.7. Indique su localidad si actualmente se encuentra en Bogotá o en municipios aledaños. De lo contrario digite N/A (no aplica)

- a) Antonio Nariño
- b) Barrios Unidos
- c) Bosa
- d) Chapinero
- e) Ciudad Bolívar
- f) Engativá
- g) Fontibón
- h) Kennedy
- i) La Candelaria
- j) Los Mártires
- k) Puente Aranda
- l) Rafael Uribe
- m) San Cristóbal
- n) Santa Fe
- o) Suba
- p) Sumapaz
- q) Teusaquillo
- r) Tunjuelito
- s) Usaquén
- t) Usme
- u) Soacha
- v) Facatativá
- w) Mosquera
- x) Madrid

Calle 170 #8-41 / Bogotá - Colombia

www.unisanitas.com.co

- y) Chía
- z) Cajicá
- aa) Zipaquirá
- bb) Fusagasugá
- cc) Otra Cuál? ____

2.8. Si reside en otro municipio o ciudad del país. Indique municipio y departamento, de lo contrario escriba no aplica (N/A)

2.9. Vive en zona
Urbana __
Rural__

2.10. Por favor indique un número de teléfono en caso de que necesitemos comunicarnos con Usted _____

2.11. Actualmente su afiliación a servicios de salud corresponde a:
Régimen subsidiado _____
Régimen contributivo (EPS) Cuál? _____

2.12. Su Núcleo familiar (personas con las que convive) actualmente está compuesto por: (selecciones todas las que se aplique a su caso)

- a) Padres
- b) Hermanos
- c) Abuelos
- d) Hijos
- e) Otros Cuáles _____

2.13. En su actual residencia, con cuántas personas convive

- 1_
- 2_
- 3_
- 4_
- 5_
- 6_
- 7_
- 8_
- 9_
- 10 o más __

2.14. A partir de los siguientes rangos de edad, indique la cantidad de personas en cada uno de ellos:

- a. Menores de 2 años ____
- b. Entre 2 y 12 años ____
- c. Entre 13 y 17 años ____
- d. Entre 18 y 40 años ____
- e. Entre 41 y 60 años ____
- f. Entre 61 y 80 años ____
- g. Más de 81 años ____

2.15. ¿Usted tiene personas a cargo? SI NO
¿Cuántos? _____

2.16. El estrato socioeconómico actual es:

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. 4
- e. 5
- f. 6
- g. NS (No sabe)

2.17. Para su desplazamiento a la Universidad, Usted se dirige:

- a. Caminando
- b. Transmilenio – Alimentadores
- c. SITP
- d. Motocicleta
- e. Bicicleta
- f. Carro propio
- g. Taxi – Uber
- h. Otro cual? ____

3. Dimensión convivencia y relacionamiento laboral (toda la comunidad de Unisanitas debe diligenciarla)

3.1. ¿Otras personas de su lugar de vivienda están también SI NO
están trabajando presencialmente?

3.2. ¿Convive con personas que laboran presencialmente en IPS (consultorios, clínicas u hospitales)?

3.3. ¿Las personas con las que convive y que laboran presencialmente cuentan con los elementos de protección personal (tapabocas, guantes, y otros) como mecanismo para prevenir el contagio según su riesgo específico?

3.4. ¿Convive con personas de 60 años o más?

3.5. ¿Convive con personas con problemas de salud?

4. Dimensión Financiera y económica

4.1. Los ingresos familiares (Núcleo familiar, personas con las que convive) se encuentra entre:

- a) Menor a un SLMV
- b) Entre uno y 2 SLMV
- c) Entre 2 a 4 SLMV
- d) Entre 4 y 6 SLMV
- e) Más de 6 SLMV

4.2. Los ingresos familiares se han disminuido durante el periodo de la pandemia del COVID 19: SI NO

4.3. Alguno de los integrantes de núcleo familiar (personas con las que convive) ha perdido el empleo como consecuencia de la pandemia del COVID 19: SI NO

4.4. ¿Tiene alguna forma de empleo actualmente? (Aplica solo para estudiantes Unisanitas): SI NO

4.4.1. (Solo si responde SI) ¿se encuentra trabajando en casa haciendo uso de medios virtuales? SI NO

4.5. ¿Ha tenido cambios en sus horarios laborales? SI NO

4.6. ¿Los cambios en su actividad laboral, han dificultado el desarrollo de sus actividades académicas (solo para estudiantes Unisanitas)

SI NO

4.7. Los recursos con los que paga sus estudios son (solo para estudiantes Unisanitas):

- a) Propios
- b) Familiares
- c) Entidades de financiamiento
- d) otros_____ Cuáles? _____

4.8. Requiere apoyo económico para pagar su matrícula: SI NO

4.9. En la actualidad usted o su núcleo familiar tiene créditos educativos: SI NO

4.10. Los gastos para el sostenimiento durante el semestre académico son (Solo para estudiantes Unisanitas):

- a) Propios
- b) Familiares
- c) Entidades de financiamiento
- d) ¿Otros_____ Cuáles? _____

4.11. Los gastos para el sostenimiento mensual se encuentran entre:

- a) El 25% de un SMLMV
- b) El 50% de un SMLMV
- c) El 75% de un SMLMV
- d) Un SMLMV
- e) 1,5 SMLMV
- f) 2 SMLMV
- g) 3 SMLMV
- h) Entre 3 y 4 SMLMV
- i) Entre 4 y 6 SMLMV
- j) Entre 6 y 8 SMLMV
- k) Más de 8 SMLMV

Como consecuencia de la pandemia del COVID 19 usted requiere apoyo financiero: SI NO

Calle 170 #8-41 / Bogotá - Colombia

www.unisanitas.com.co

5. Dimensión Conectividad y tiempo en línea

5.1. ¿Escriba el nombre de su proveedor de servicios de internet?

5.2. ¿Cuál es la cantidad de Megas contratada para su servicio de internet? _____

5.3. Seleccione los dispositivos que utiliza para acceder a sus actividades:

- a) Computador propio
- b) Equipo suministrado por la universidad
- c) Teléfono
- d) Tablet
- e) Otro _____ cuál?

5.4. Cuantas personas se conectan de manera inalámbrica en su casa durante los tiempos de desarrollo de actividades (utilice como rango de tiempo entre las 7 am y las 6 pm. _____

5.5. Desde el inicio de los tiempos de confinamiento: ¿Cuál ha sido el tiempo promedio en horas de sueño? _____

Durante los tiempos de actividad sincrónica (fases del ABP, tutorías, consejerías, reuniones, u otras) ¿debe atender otras actividades en su casa? SI NO

Respuesta es sí, indique cual) _____

5.6. Solo conteste esta pregunta si es estudiante de Unisanitas, si no lo es conteste No aplica (N/A). De acuerdo con sus actividades diarias, ¿Cuántas horas puede dedicar para las actividades de autoaprendizaje? _____

5.7. Solo conteste esta pregunta si es estudiante de Unisanitas, si no lo es conteste No aplica (N/A). Considerando sus responsabilidades ¿Cuántas horas por día puede dedicar para el trabajo colaborativo con sus compañeros de mesa fuera de las clases sincrónicas programadas? _____

6. Dimensión Estado de Salud Actual (personal y familiar)

Tenga en cuenta los siguientes conceptos:

EPP: Elementos de protección personal,

Exposición no protegida. Es la exposición sin protección respiratoria a secreciones respiratorias de caso confirmado para COVID-19 o inadecuada higiene de manos posterior al contacto directo con secreciones respiratorias de caso confirmado para COVID-19

- 6.1. En la siguiente tabla por favor indique su estado actual de salud durante las 2 últimas semanas. Marque con una "X" en las opciones que apliquen a situación:

Síntomas COVID-19	SI	No
Escalofríos		
Dolor de garganta		
Dolor de cabeza persistente		
Congestión nasal		
Tos seca		
Tos húmeda (con flemas)		
Dificultad para respirar		
Fatiga		
Dolor muscular		
Dolor de cabeza		
Malestar general o debilidad		
Sensación de pérdida del gusto y/o del olfato		
Confusión		
Diarrea		
Nauseas/Vomito		
Ninguna de las anteriores		

6.2. En la siguiente tabla por favor indique su estado actual de salud las personas con quienes convive durante las 2 últimas semanas. Marque con una "X" en las opciones que apliquen a situación. *si la respuesta es SI indique el tipo de relación (fío, padre, madre, primo, amigo, etc.):

Síntomas COVID-19	Si	Relación o Parentesco	No
Escalofríos			
Dolor de garganta			
Dolor de cabeza persistente			
Congestión nasal			
Tos seca			
Tos húmeda (con flemas)			
Dificultad para respirar			
Fatiga			
Dolor muscular			
Dolor de cabeza			
Malestar general o debilidad			
Sensación de pérdida del gusto y/o del olfato			
Confusión			
Diarrea			
Nauseas/Vomito			
Ninguna de las anteriores			

6.3. Se ha tomado la temperatura corporal SI NO

Resultado menor a 37,5°C _____
 Resultado mayor a 37,5°C _____

Calle 170 #8-41 / Bogotá - Colombia

www.unisanitas.com.co

6.4. ¿Ha sentido fiebre hoy? SI NO

6.5. Durante las últimas 24 horas ha tomado algunos de estos medicamentos

- a. Diclofenaco
- b. Ibuprofeno
- c. Naproxeno
- d. Acetaminofén
- e. Otros similares
- f. Si su respuesta es sí, explique por qué ¿
 *Por control de síntomas gripales ____
 *Por otros síntomas ____

6.6. ¿Durante las últimas 24 horas ha tomado algún medicamento antigripal? SI NO

¿Si la respuesta es SI Explique cuál?

6.7. En la siguiente tabla por favor indíquenos antecedentes de salud suyos. Marque con una "X" en las opciones que apliquen a situación:

Antecedentes	SI	NO
Enfermedades cardiovasculares		
Enfermedades que comprometan su sistema inmunológico		
Cáncer		
VIH		
Hipertensión		
enfermedades respiratorias crónicas		
Diabetes		
Obesidad		
Se encuentra en gestación		
Otros. Cuál?		

6.8. En la siguiente tabla por favor indíquenos antecedentes de salud de las personas con quienes convive marque con una "X" en las opciones que apliquen a situación. Si su respuesta es positiva, indique el tipo de relación parentesco (padre, madre, amigo, cuñado, etc.):

Antecedentes	SI	PARENTESCO	NO
--------------	----	------------	----

Enfermedades cardiovasculares			
Enfermedades que comprometan su sistema inmunológico			
Cáncer			
VIH			
Hipertensión			
enfermedades respiratorias crónicas			
Diabetes			
Obesidad			
Se encuentra en gestación			
Otros. Cuál?			

6.9. Durante los últimos 14 días ¿Usted o alguno de sus familiares ha tenido contacto estrecho (contacto por más de 15 minutos a menos de 2 metros de distancia y sin uso de EPP) con alguien que haya estado fuera del país o con una persona que haya tenido COVID-19 confirmado?

SI No

7. Tecno Estrés (adaptado a partir de Salanova, Llorens y Cifre 2010): Escala 0 a 6 con estrellas.

7.1. Con el paso del tiempo, las herramientas digitales me interesan cada vez _____ menos:

7.2. Cada vez me siento menos implicado en el uso de las herramientas digitales:

7.3. Creo que las herramientas digitales no agregan ningún valor a mi trabajo:

7.4. Dudo de los resultados que se obtienen del trabajo con estas tecnologías:

7.5. Me resulta difícil relajarme después de un día de trabajo utilizándolas:

7.6. Cuando termino de trabajar con TIC, me siento agotado/a:

7.7. Estoy tan cansado/a cuando acabo trabajar con ellas que no puedo hacer nada más:

7.8. Es difícil concentrarme después de trabajar con tecnologías:

7.9. Me siento tenso y ansioso al trabajar con herramientas digitales:

7.10. Me asusta pensar que puedo destruir una gran cantidad de información por el uso inadecuado de las herramientas digitales:

7.11. Dudo a la hora de utilizar tecnologías por miedo a cometer errores:

7.12. El trabajar con ellas me hace sentir incómodo, irritable e impaciente:

7.13. En mi opinión, soy ineficaz utilizando tecnologías:

7.14. Es difícil trabajar con tecnologías de la información y de la comunicación:

7.15. La gente dice que soy ineficaz utilizando herramientas digitales:

7.16. Estoy inseguro de acabar bien mis tareas:

8. Emocional: Inventario UNISANITAS de cambios en el bienestar psicológico de la comunidad universitaria.

Resuelva las siguientes afirmaciones pensando en la frecuencia con la que, en su propia experiencia, desde el momento en el que comenzaron los cambios en las actividades cotidianas por covid-19 en Colombia. Escoja la opción de respuesta que mejor le represente		Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
Depresión	8.1. Me he sentido triste, desmotivado o desinteresado.					
	8.2. He dejado de disfrutar hacer mis actividades.					
	8.3. Me cuesta trabajo concentrarme en las tareas y finalizarlas.					
	8.4. Me siento pesimista frente al futuro.					
	8.5. Siento que he perdido confianza en mí mismo.					
Ansiedad	8.6. Tengo miedo por las cosas que vengan para mí en el futuro cercano.					
	8.7. He empezado a sentir cambios fisiológicos como mayor sudoración o aceleración del ritmo cardiaco.					
	8.8. Me he sentido nervioso e intranquilo.					
	8.9. Siento temor de contagiarme o del					

Resuelva las siguientes afirmaciones pensando en la frecuencia con la que, en su propia experiencia, desde el momento en el que comenzaron los cambios en las actividades cotidianas por covid-19 en Colombia. Escoja la opción de respuesta que mejor le represente		Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
	contagio de mis familiares.					
	8.10. Ha disminuido mi capacidad de tolerar situaciones que no son de mi agrado.					
Ocio - Tiempo libre	8.11. Incluyo momentos de descanso en mi rutina diaria.					
	8.12. Comparto con mi familia y/o amigos el tiempo libre.					
	8.13. He realizado ejercicio o actividad física en los últimos 3 meses.					
	8.14. Luego de mis actividades laborales y/o académicas tengo suficiente tiempo para descansar.					
Relacionamiento	8.15. Utilizo medios virtuales para mantenerme en contacto con mis familiares y amigos.					
	8.16. He perdido el interés por compartir con otras personas, mis pensamientos o ideas.					

Resuelva las siguientes afirmaciones pensando en la frecuencia con la que, en su propia experiencia, desde el momento en el que comenzaron los cambios en las actividades cotidianas por covid-19 en Colombia. Escoja la opción de respuesta que mejor le represente		Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
8.17.	La interacción con mis amigos y/o familiares es frecuente y me hace sentir a gusto.					
8.18.	Prefiero pasar mi tiempo libre a solas.					



ENCUESTA DIARIA PARA TODOS LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA

Estimado miembro de la comunidad universitaria de Unisanitas, esta encuesta es obligatoria para las personas que deban desplazarse a las sedes de la Universidad, su objetivo es proteger la salud de la comunidad universitaria y a quienes entran en contacto con ellos.

INFORMACIÓN GENERAL

1. Nombres y Apellidos: _____

2. Tipo de documento:
Tarjeta de identidad
Cédula de ciudadanía
Cédula de extranjería
Otro

3. Número de documento: _____

4. Correo electrónico: _____

5. Tipo de vinculación:
Estudiante - Pregrado
Estudiante - Postgrado
Empleado - Administrativo
Empleado - Docente

6. Género
Femenino
Masculino
Otro

SI NO
SI NO
SI NO

7. ¿Está usted o cree estar embarazada? SI NO

8. ¿Sus condiciones de convivencia han cambiado?
 SI NO

Calle 170 #8-41 / Bogotá - Colombia
www.unisanitas.com.co

	SI	NO
8.1. ¿Personas con las que convive están trabajando presencialmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.2. ¿Convive con personas que laboran presencialmente en Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) (consultorios, clínicas u hospitales)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.3. ¿La personas con las que convive y que laboran presencialmente cuentan con los elementos de protección personal (tapabocas, guantes, y otros) para contener el contagio según su riesgo específico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.4. ¿Convive con personas con 60 años o más?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8.5. ¿Convive con personas con problemas de salud?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

9. ¿Durante los últimos 14 días ha tenido diagnóstico por sospecha de Covid? SI NO

10. ¿Durante los últimos 14 días le han practicado alguna prueba de laboratorio para detectar Covid? SI NO

	SI	NO	OTRO*
10.1. ¿La prueba fue confirmatoria para COVID?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*Aún o tengo el resultado	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.2. ¿Actualmente está en aislamiento?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Explique _____			
<u>10.3. Explique las razones de su aislamiento</u>			
a) Por norma del gobierno			

- b) Voluntad propia
 - c) Contacto con persona caso COVID
 - d) Contacto con persona que regresó del exterior
 - e) Por haber realizado viajes
 - Municipal__
 - Nacional__
 - Internacional__
 - f) Por síntomas Covid
 - g) Otra razón
- Explique
-

11. En la siguiente tabla por favor indique su estado actual de salud y el de las personas con quienes convive durante las 2 últimas semanas. Marque con una "X" en las opciones que apliquen a situación:

Síntomas COVID-19	Yo	Un familiar
Escalofríos		
Dolor de garganta		
Dolor de cabeza persistente		
Congestión nasal		
Tos seca		
Tos húmeda (con flemas)		
Dificultad para respirar		
Fatiga		
Dolor muscular		
Dolor de cabeza		
Malestar general o debilidad		
Sensación de pérdida del gusto y/o del olfato		
Confusión		
Diarrea		
Nauseas/Vomito		
Ninguna de las anteriores		



12. ¿El día de hoy se ha tomado la temperatura? SI NO

12.1. ¿El resultado de la medición fue:
Menor de 37,5°C
Mayor o igual d 37,5°C

12.2. ¿Ha sentido síntomas febriles:
 SI ... No podrá ingresar ni asistir a las sedes... ingresa a seguimiento
 NO ...Podrá ingresar a las sedes

Calle 170 #8-41 / Bogotá - Colombia
www.unisanitas.com.co

Unisanitas/Vigilada Mineducación Reconocimiento personería jurídica: Resolución No. 3015 del 23 de diciembre de 2002