



Protocolos Covid 19

Grupo Guías y Scouts del Instituto de la Salle de la Florida

Medidas de Prevención durante el transcurso de las actividades

El Dirigente o Guiadora debe procurar que se cumplan las medidas de prevención durante todo el transcurso de la actividad:

0. Uso correcto de los EPP: mascarilla que cubra nariz y boca, no dejarla colgando de una oreja, no bajarla y dejarla en la barbilla, no tocarla por su cara externa.
1. Correcto uso de antiparras o escudo facial, en caso de ser utilizados.
2. Higienización de manos cada vez que sea necesario.
3. Distancia física de al menos 1,5 metros entre cada participante.
4. No compartir artículos personales como celular, audífonos, piola, Pañolines, turcos u otros.
5. Uso individual de botellas de agua u otro utensilio.
6. No permitir juegos que incluyen contacto físico.
7. No permitir el saludo de beso, abrazo, mano o codo.
8. Evitar tocarse la cara, ojos, nariz y boca.
9. No realizar gritos, cantos y uso de silbatos, ya que está comprobado que estas acciones liberan mayor número de aerosoles, aumentando el riesgo de contagio.
10. No fumar antes ni durante las actividades, ya que el humo esparce Aerosoles hasta 5 metros de distancia, aumentando el riesgo de propagación del virus.

Figura N° 2 USO CORRECTO DE LA MASCARILLA

Las costuras gruesas corresponden a la parte interna del tapaboca (deben quedar hacia adentro)



Los revestimientos para la cara de tela deberían ajustarse cómodamente contra el costado de la cara.

Cubrirse la boca y la nariz con la mascarilla.
Asegurarla con lazos o ganchos.



Pasa por tu cabeza u orejas las cintas elásticas y colócalo cubriendo completamente tu nariz y boca.

Permitir la respiración sin restricciones.



CONDICIONES PREVIAS AL RETORNO.

a) Posterior a la publicación de este protocolo se iniciará la capacitación del mismo, a la que deben asistir las y los Coordinadores de Salud de cada territorio, quienes a su vez capacitarán a sus Equipos Zonales y Distritales.

Estos últimos serán los encargados de capacitar a dirigentes y guadoras de sus respectivos territorios.

b) Una vez que se ha declarado a la comuna en Fase 3, es decir en Fase de Transición, será requisito para ejecutar el Plan de Retorno a Actividades, que cada autoridad territorial gestione la capacitación para todos los dirigentes y las guadoras sobre el Protocolo específico de la AGSCh para la realización de actividades presenciales, disponible en <https://www.guiasyscoutsdechile.org/>

c) Recibida la Capacitación del Protocolo, a la vez que la comuna entre en Fase 3 el Consejo de Grupo debe sesionar y acordar iniciar el proceso de solicitud de autorización para retomar actividades presenciales cuando su comuna, se encuentre en Fase 3, Para esto deben estar de acuerdo Apoderadas/os, Institución Patrocinante, Dirigentes y Guadoras. Esto se presentará explícito en el formato especial de Acta de Consejo de Grupo para este fin. (Anexo N°1: Acta de Consejo de Grupo).

d) Para iniciar el **Plan de Retorno Presencial**, el Grupo de Guías y Scout debe pertenecer a una Comuna en Fase 4 o 5, es decir, Fase de Apertura Inicial, o Apertura del Plan “Paso a Paso” del MINSAL, publicado como Resolución Exenta 591 el 25 de Julio y modificado el día 22 de octubre mediante la Resolución Exenta 881, ambas disponibles en la Biblioteca Nacional del Congreso de Chile <http://bcn.cl/2f76t>

e) El Acta de Consejo de Grupo debe contener el nombre de las unidades autorizadas para iniciar el retorno, indicando la fecha estimativa en que cada unidad comenzará las actividades presenciales.

En el caso de que el acta de Consejo de Grupo sólo considere algunas unidades, se debe realizar una nueva sesión de Consejo de Grupo para integrar otras unidades al retorno de actividades presenciales.

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

a) Para solicitar el retorno a actividades presenciales el Consejo de Grupo, con sus integrantes debidamente registrados, debe preparar los siguientes documentos:

1. Formato adaptado del Acta actualizada Consejo de Grupo donde se decidió la realización de actividades presenciales (Anexo N°1: Acta de Consejo de Grupo).
2. Check list lugar para funcionamiento de actividades presenciales para Grupos Guías y Scouts. (Anexo N°2).
3. Nómina de Dirigentes y Guiadoras de su grupo que cuentan con capacitación del presente
4. Protocolo, visada por el Coordinador o Coordinadora de Salud.

b) Previo al diseño de actividades, se reunirán los Dirigentes y las Guiadoras en el lugar donde se realizarán estas con el fin de registrar y respaldar las condiciones sanitarias que indica el protocolo. Se debe acompañar de registro fotográfico.

c) Cada actividad debe ser registrada en el formato especial de Hoja de Ruta Covid (Anexo N°3: Hoja de Ruta Covid), las cuales deben ser enviadas al Director o Directora de Distrito con al menos 7 días de anticipación a la realización de cada jornada de actividades de cada unidad en el lugar de reunión habitual declarada al distrito y 15 días previos para Salidas Diurnas. Junto al Check list de transportes si corresponde.



ANEXO N°1

ACTA DE CONSEJO DE GRUPO RETORNO A ACTIVIDADES PRESENCIALES

En _____, a ____ de _____ de _____, constituido el Consejo del Grupo _____, del Distrito _____, Zona _____, se ha determinado el retorno a actividades presenciales, en conocimiento y de acuerdo al protocolo de retorno seguro y responsable para actividades de la AGSCh, generado por la Asociación de Guías y Scouts de Chile, en el contexto de la pandemia que se encuentra el país.

El retorno de las actividades será de acuerdo al siguiente orden:

Nombre Unidad	Fecha retorno actividades

(Llenar con tantas unidades que tenga el Grupo)

Cada vez que se reúne la unidad, el o la responsable de Grupo se compromete a enviar el documento "Hoja de ruta Covid" de acuerdo a la forma que indica el protocolo de retorno a actividades.

Si el representante de la institución Patrocinante estima que no se encuentra en condiciones para facilitar las dependencias de la institución, los motivos se deben indicar en el siguiente espacio:

De la misma forma, los apoderados y apoderadas pueden dejar sus observaciones:



DE ACTIVIDADES PRESENCIALES PARA GRUPOS GUÍAS Y SCOUTS

La presente lista de chequeo tiene por objeto verificar el cumplimiento efectivo de las medidas preventivas emanadas del Protocolo para Actividades de Programa de niños, niñas y jóvenes. Marcar con una "X" según corresponda:

Ítem	Del lugar de las actividades	SI	NO	OBSERVACIONES
1	¿Cuenta con un punto para realizar acceso controlado? (Control de datos, temperatura y preguntas de sintomatología)			
2	¿El lugar cuenta con baño?			
3	¿El lugar de actividades cuenta con agua potable y jabón líquido para el lavado de manos o limpieza con alcohol gel?			
4	¿El lugar cuenta con toalla de papel desechable para el secado de manos?			
5	¿Se dispone de basurero con tapa para la eliminación de elementos de protección, tales como mascarillas desechables, papel de secado de manos, guantes, entre otros?			
6	¿El lugar cuenta con la superficie proporcional al número de participantes? (4 m ² por persona)			
7	¿Los baños se encuentran limpios y desinfectados, libres de la presencia de residuos en orina, heces y otros fluidos corporales?			
8	¿El entorno del lugar de actividades se encuentra limpio?			

NOMBRE Y FIRMA
RESPONSABLE DE GRUPO

NOMBRE Y FIRMA
DIRECTOR O DIRECTORA DE DISTRITO

FORMATO HOJA DE RUTA COVID

“Retorno seguro y responsable a actividades Guías-Scouts”

FECHA SOLICITUD	
Nombre del Grupo	
Nombre de la Unidad (Indicar Nombre y Rama a la que pertenece)	
Responsable de la Actividad (Responsable y Asistentes de Unidad)	
Listado de participantes (Todas las personas que estarán en el recinto o actividad)	

Nombre y Tipo de Actividad (Salidas Diurnas, Jornada habitual)	
Fecha de la Actividad	
Lugar (Especificar si el lugar es abierto o cerrado)/(Nombre, ubicación y/o dirección del lugar)	

Descripción de la Actividad (Realizar breve descripción de la actividad, considerando las recomendaciones del protocolo, proponiendo las medidas que suplen las dificultades observadas)	
Registro del Lugar (Para respaldar las condiciones de infraestructura adecuada del lugar respecto al tipo de actividad adjuntar registro fotográfico por mail)	

_____	_____
NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE DE UNIDAD	NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR O DIRECTORA DE DISTRITO

d) El Director o Directora de Distrito **tendrá un plazo de 48 horas desde la recepción de la solicitud para autorizar o rechazar** la jornada de actividades de cada unidad e informar de la autorización al Director o Directora Zonal. Se debe revisar la última actualización de cambios de fases de comunas dictaminadas por el MINSAL, disponible en www.gob.cl/pasoapaso/ en el ítem “Situación Comunal”.

e) El Director o Directora de Distrito, o quien lo supla de su Equipo Ejecutivo Distrital, pueden rechazar la solicitud de actividad presencial del Grupo completo o de una Unidad en particular. **En caso de rechazar, se deben indicar los motivos por escrito y la unidad o grupo tendrá un plazo de 24 horas** para subsanar las observaciones, debiendo ser nuevamente evaluada la solicitud por el Director o Directora de Distrito dentro de las **siguientes 48 horas**.

f) Durante el Proceso de Solicitud del Grupo, este puede solicitar apoyo del Coordinador o Coordinadora Distrital y/o Zonal de Salud, quien colaborará en la revisión de las Modificaciones al Programa de actividades para cumplir con los estándares y adecuaciones indicados en el Protocolo específico de la AGSCh.

g) Solo se podrán ejecutar las actividades presenciales planificadas que cuenten con la autorización del Director o Directora de Distrito, quienes mantendrán registro de los grupos y unidades que se reúnan en cada semana.

Apoderados, Apoderadas y/o Tutores:

- Estar informado y conocer el presente **“Protocolo de retorno seguro y responsable para actividades de la Asociación de Guías y Scouts de Chile”**
- Mantener comunicación expedita y fluida con los dirigentes y guadoras de la unidad o grupo en el que participa su hijo/hija.
- En el caso de participar de la actividad o ingresar al recinto de la actividad, debe registrarse en el anexo 5.
- Leer y responder la Autorización informando los posibles síntomas 48 horas antes de la actividad, enviando documentación vía correo electrónico o según determine cada grupo, entregando información veraz de la condición de su hijo/a, con el objetivo de detectar un posible caso sospechoso de Covid-19.
- No consentir la asistencia del niño, niña y/o joven a la actividad ante la detección de cualquier síntoma de Covid-19 (temperatura mayor o igual a 37,5 °C, tos seca, malestar general, dolor muscular, dolor de cabeza, entre otras)
- En el caso de que su hijo/hija haya estado en contacto con alguna persona con sospecha de Covid-19 previo a la actividad, debe informar al Responsable de Unidad y/o Grupo de dicha situación.
- Refuerce las medidas preventivas, explicando de manera sencilla a los niños y niñas. Ejemplo: educar y reforzar la adecuada higiene respiratoria; toser o estornudar en antebrazo utilizando papel desechable y posteriormente realizar higiene de manos.
- En el hogar, practiquen en conjunto las medidas preventivas básicas.
- Enseñe a sus hijos e hijas el uso correcto de las mascarillas (Figura N°2)
- Enviar una mascarilla de repuesto dentro de una bolsa de papel.



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.
- Dolor torácico.
- Calofríos.
- Diarrea.
- Pérdida brusca del gusto o Ageusia.
- Anorexia o náuseas o vómitos.
- Disnea o dificultad respiratoria.
- Mialgias o dolores musculares.
- Cefalea o dolor de cabeza.
- Pérdida brusca del olfato o Anosmia.
- Congestión Nasal.
- Debilidad general o fatiga.

n 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



GUÍAS Y SCOUTS
DE CHILE

CONTROL DE ACCESO PARA ACTIVIDADES

ANEXO N°5

Nombre Completo

RUT

Edad

Cargo / Unidad

Marque con una X
el síntoma que ha
presentado en las
últimas 48 horas

¿Ha tenido contacto con una
persona con Coronavirus en
los últimos 15 días?

Fiebre.

Dolor de garganta.

Aumento frecuencia

Tos.

Dolor torácico.

Calofríos.

Diarrea.

Pérdida brusca del gusto.

Náuseas o vómitos.

Dificultad respiratoria.

Dolores musculares.

Dolor de cabeza.

Pérdida brusca del olfato

Congestión Nasal.

Debilidad general o fatiga.

Índice de Temperatura

Apto para ingresar

Hora de Ingreso

SI

NO

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

SI

NO

DATOS PERSONALES						
Nombre Completo					Nacionalidad	
Nombre Social					Género	
Fecha de Nacimiento	Años / /		RUT:			
Edad	Años		Meses			
Estatura (mt)			Peso (kg)			
DATOS DE GRUPO						
Nombre de Grupo					Unidad	
Zona					Distrito	
DATOS PREVISIONALES						
Previsión (Marque la opción con una X)	Fonasa		Otro	Especifique		
	Isapre		Nombre			
¿Tiene algún seguro complementario de salud o escolar? (ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN)			Si	No		
			Institución con convenio			
ANTECEDENTES MEDICOS						
Grupo sanguíneo:			Factor Rh:			
Alergias (Marque la opción con una X):			Si	No		
Especifique si marco SI (medicamentos, plantas, animales, picaduras, alimentarias, látex, yodo, an						
Intolerancia alimentaria (Marque con una X):						
		Si		No		
Especifique:						
ANTECEDENTES DE SALUD MENTAL						
¿Ha tenido algún diagnóstico de salud mental? (Marque con una X)	Si	No	Especifique:			
¿Fue dado de alta?	Si	No	Año:			
Actualmente ¿Esta en control por salud mental?	Si	No	Especifique:			
Tratamientos (Medicamentos, Dosis y Horarios):						
N° contacto profesional de salud mental:						
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS						
Causa / Fecha (Ej.: Displasia de cadera, fracturas, apendicetomía, entre						
HISTORIAL DE HOSPITALIZACIONES						
¿Ha tenido alguna hospitalización? (Marque con una X)	Si		No			
¿Alguna vez has tenido una cirugía mecánica?	Si		No			
Fecha aproximada de hospitalización:			Causa o motivo:			
TRASTORNOS ADAPTATIVOS O DE LA CONDUCTA (Ej.: trastorno del espectro autista, entre otros)						
Especifique:						
Tratamientos (Medicamentos, Dosis y Horarios)						
ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES/INFECCIONES (Marque con una X las opciones)						
Diabetes mellitus*		Asma		Convulsiones*		
Hipertensión arterial		EPOC		Alteraciones sanguínea*		
Patología cardíaca*		Tuberculosis		Alt. oftalmológica*		
Dolor de cabeza*		Epilepsia		Alteraciones auditivas*		
Vértigo / Mareo		Enf. renal*		Resistencia a la insulina		
Paro cardiorrespiratorio		Autoinmune*		Hipo/Hipertiroidismo		
Especifique*:						
Otra (mencionar):						
Tratamientos (Medicamentos, Dosis y						

CHECK LIST BUSES

Nombre del 1er. Conductor			R.U.N.	
Nombre del 2do. Conductor			R.U.N.	
Nombre de auxiliar			R.U.N.	
Empresa			Patente	
Destino del viaje				
Permiso circulación		Revisión técnica	Seguro obligatorio	
Datos dueño			Nº pasajeros	
Kilometraje inicial		Hora salida	Fecha salida	
Kilometraje final		Hora llegada	Fecha llegada	
Bien	Mal	ITEMA REVISAR		OBSERVACIONES
		Camine alrededor del bus para una inspección visual general de su condición		
		Revise el estado de los neumáticos, sus tuercas y si están bien inflados		
		Verifique la existencia de los neumáticos de repuesto		
		Mire debajo del bus en búsqueda de cualquier fuga de líquido		
		Verifique el buen funcionamiento de las luces bajas del bus		
		Verifique el buen funcionamiento de las luces altas del bus		
		Verifique el buen funcionamiento de las luces marcha atrás del bus		
		Verifique el buen funcionamiento de las luces de posicionamiento del bus		
		Verifique el buen funcionamiento de las luces de freno del bus		
		Verifique el buen funcionamiento de las luces intermitentes del bus		
		Revise el parabrisas (picaduras o trizaduras)		
		Verifique el adecuado funcionamiento del limpiaparabrisas y sus plumillas		
		Revise las ventanas del bus FUNCIONAMIENTO		
		Revise la salida de emergencia del bus (apertura y cierre) y que no esté obstruida		
		Revise que todos los asientos estén firmemente anclados al piso del bus		
		Revise que los asientos tengan sus cinturones de seguridad		
		Revise el funcionamiento de los cinturones de seguridad		
		Revise la iluminación interior del bus		
		Revise si el baño está operativo y limpio		
		Revise los portamaletas y el cierre adecuado de sus puertas		
		Consulte por los niveles de líquido correspondientes		
		Solicite al conductor una revisión de los frenos del bus		
		Verifique que no se excederá la capacidad máxima de pasajeros del bus		

LISTADO DE CHEQUEO PARA VEHICULOS PARTICULARES

Nombre de conductor		Rut	
N° de celular (que porte)		Licencia de conducir tipo	
Patente del vehículo		N° de pasajeros a transportar	
Lugar de inicio del viaje		Lugar de destino del viaje	

ITEM	SI	NO	OBSERVACIONES
Permiso de circulación			
Revisión técnica			
Seguro obligatorio			
Licencia de conducir al día			
Extintor			
Botiquín			
Triángulos			
Chaleco reflectante			

ITEM	BUENO	MALO	OBSERVACIONES
Neumáticos estados / aire			
Neumático de repuesto, gata y llave			
Luces altas / bajas			
Luces de freno			
Luces de retroceso			
Luces de posicionamiento (gatos)			
Luces intermitentes izq. / der.			
Frenos			
Parabrisas/limpiaparabrisas			
Cinturón de seguridad por asiento			

EL CONDUCTOR A CARGO DEL VEHÍCULO SE COMPROMETE A:

- Pedir uso correcto de mascarilla y protector facial dentro del vehículo.
- Desinfectar manos con alcohol de cada persona antes de subirse al vehículo.
- Chequear el correcto uso del cinturón de seguridad.
- Desinfectar superficies del vehículo por el interior y exterior del vehículo, con cloro diluido o similar, antes y después de transportar pasajeros. (toda superficie que entre en contacto con dos o más personas.)
- Mantener solución a base de cloro u otro desinfectante en el vehículo en caso de necesitarlo.
- Mantener alcohol gel para desinfección de manos en caso de necesitarlo.

Nombre completo, Rut y Firma del
RESPONSABLE

Nombre completo, Rut y Firma del
CONDUCTOR

CONSIDERACIONES FINALES

- En caso de que un niño, niña o joven presente uno de los síntomas de Covid descritos en el Protocolo, ya sea al llegar o durante el desarrollo de la actividad, se debe solicitar al Apoderado/a su retiro inmediato.
- En caso de ocurrir algún accidente dentro de una actividad presencial, se debe seguir los protocolos habituales, con el debido resguardo de las medidas sanitarias.
- Dependiendo las condiciones sanitarias de la Comuna y la Fase en que se encuentre, se sugerirá diferentes actividades de parte de las Comisiones Nacionales de Rama, por lo que se recomienda estar atentos y atentas a dicha información, esta información estará disponible en la página de la AGSCh. www.guiasyscoutsdechile.org
- Se recomienda para todo tipo de actividades privilegiar las actividades en espacios abiertos y ambientes naturales.



**¡GRACIAS! POR SU APOYO AL
EQUIPO AÑO 2021**