



APLICATIVO CONTROL DE INGRESO FUCS

Recuerde que, aunque se denomine el aplicativo como control de ingreso esta primera fase es de caracterización (conocer datos de ubicación, pre-existencias médicas y medios de transporte que utilizará en el momento que nos autoricen la alternancia, permitiéndonos seguir cuidando su salud y cumpliendo con nuestro protocolo de bioseguridad).

1. Ingresar [AQUÍ](#)
2. Registrar sus datos personales
 - Número de documento de identidad
 - En la casilla de "Solicitud de formulario": seleccione: "Actividad en Casa"



A continuación, registre sus datos para realizar el proceso:

Número de documento de identidad *

Solicitud formulario *

Seleccione una opción

Seleccione una opción

Reservado, y otros roles

Actividad en casa





FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

3. Posteriormente lo llevará a la ventana "Registro datos personales".

Registro datos personales

Atención:
1. Se debe diligenciar todos los campos obligatorios *

Tipo documento *
Seleccione una opción

Número Cédula *
151413

Nombres y Apellidos *
nombres y apellidos

Edad *
ingrese edad

Número Celular *
Número Celular

Correo *

3.1. Si usted es mayor de edad, una vez le de enviar el aplicativo lo llevará a la encuesta de síntomas diaria, la cual deberá diligenciar en su totalidad.

Encuesta de Síntomas Diaria

Atención:
1. Se debe diligenciar todos los campos obligatorios *

Numero Cedula *
9

¿El día de hoy presenta alguno(s) de los siguientes síntomas? *

- Malestar o dolor de garganta
- Malestar general
- Sensación de fatiga o cansancio muscular
- Tos seca y persistente
- Falta de aire inicio brusco o dificultad para respirar
- Secreciones nasales o congestión nasal
- Pérdida del olfato o gusto
- Fiebre persistente mayor a 37,5°
- Dolor de cabeza
- Ninguna

¿Habita en alguna localidad o UPZ decretada en alerta naranja por presencia de COVID-19? *

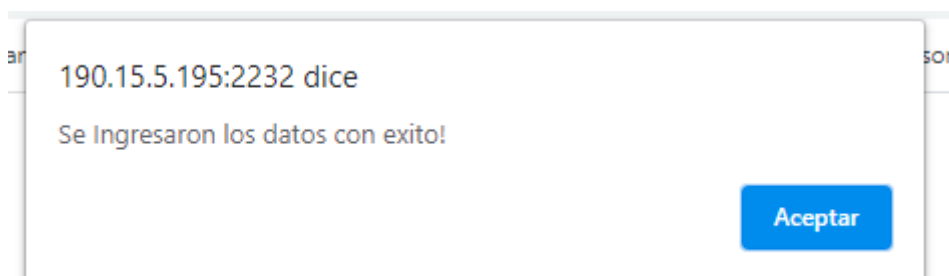
Seleccione una opción

Le aplica alguna de las siguientes premisas: *



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

3.1.1 Una vez diligenciados todos los campos, por favor darle clic en enviar y el sistema le arrojará el siguiente mensaje:



¿SI USTED ES APRENDIZ MENOR DE EDAD? TENER EN CUENTA ESTOS PASOS ADICIONALES

3.2. Si usted es menor de edad la encuesta le solicitará diligenciar el formato Consentimiento Informado Menor de Edad y Tratamiento de datos Menor de Edad para poder avanzar:

Por ser de menor de edad, usted deberá descargar los documentos que se encuentran en el siguiente enlace, hacerlos firmar por su padre/madre o representante legal y cargarlos, para poder continuar.

Por favor cargue cada uno de los documentos en el espacio correspondiente.

Consentimiento Informado Menor de Edad

Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado

Tratamiento de Datos Menor de Edad

Seleccionar archivo Ningún archivo seleccionado

3.2.1 Una vez los haya diligenciado y cargado el sistema le arrojará el siguiente mensaje:



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

A continuación, registre sus datos para realizar el proceso:

Su información está siendo revisada por el área encargada para el tratamiento de datos, por favor espere más tarde.

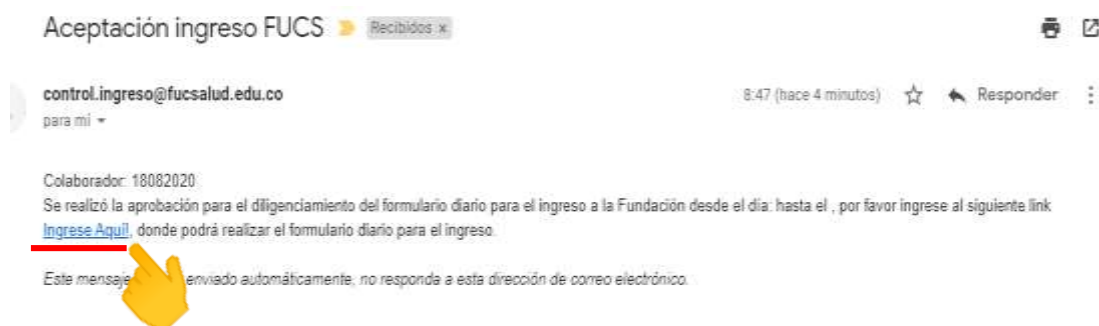
Número de documento de identidad *

Solicitud formulario *

Seleccione una opción

Acceder

3.2.2 Cuando el administrador ya haya validado que los documentos que usted cargo coinciden con los solicitados, el sistema le enviará un correo describiendo lo siguiente:



3.2.3 Allí usted deberá dar clic en el texto de [color azul](#) el cual lo llevará de nuevo al aplicativo:

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD FUCS

Control Ingreso FUCS

A continuación, registre sus datos para realizar el proceso:

Número de documento de identidad *

Solicitud formulario *

Seleccione una opción

Acceder



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

3.2.4 De nuevo deberá diligenciar su número de documento y seleccionar actividad en casa, para así poder diligenciar la encuesta de síntomas diaria.

Encuesta de Síntomas Diaria

Atención:
* Se debe diligenciar todos los campos obligatorios *

Numero Cédula *

19000000000000000000

¿El día de hoy presenta alguno(s) de los siguientes síntomas? *

1. Malestar o dolor de garganta
2. Malestar general
3. Sensación de fatiga o cansancio muscular
4. Tos seca y persistente
5. Fiebre de alto grado o dificultad para respirar
6. Secreciones nasales o congestión nasal
7. Pérdida del olfato o gusto
8. Fiebre persistente mayor a 37.0°
9. Dolor de cabeza
10. Ninguno

¿Había en alguna localidad o UPZ decretada en alerta naranja por presencia de COVID-19? *

Seleccione una opción

3.2.5 Una vez diligenciados todos los campos el sistema le arrojará el siguiente mensaje

190.15.5.195:2232 dice

Se ingresaron los datos con éxito!

Aceptar

¡Gracias, el cuidado de la salud está en manos de todos!