

CUESTIONARIO DE SALUD

Estas preguntas son para detectar a personas que puedan transmitir el virus que causa COVID-19. La información permanecerá confidencial y será revisada solo por el clero local, el Superintendente del Distrito, el Obispo, el Canciller o el Departamento de Salud para la posible localización de contactos. **Devuelva el formulario completo a su clero local al menos 4 días antes de planear asistir al servicio por correo electrónico. Si no tiene correo electrónico, llame a su clero y proporcione la siguiente información por teléfono. Las personas que tienen dos o más de los síntomas enumerados o que han estado en contacto con alguna persona que ha experimentado los síntomas de COVID-19 en los últimos catorce días no pueden asistir en este momento.**

1. **VIAJE:** ¿Ha viajado fuera de su área de vivienda habitual, (muchos miembros viven en estados vecinos y viajan diariamente a Virginia, no cuenta viajar a otro estado), a otro estado o **fuera del país en los últimos 14 días?** Por favor indica.

[] Sí [] No

Si es así, ¿a dónde fue? _____

2. **SÍNTOMAS:** Marque Sí o No en cuanto a si ahora está experimentando, o ha experimentado durante los últimos 14 DÍAS, CUALQUIERA de estos síntomas:

- | | | |
|---|---------|--------|
| a. Fiebre, sensación de calor o calentura | [] Yes | [] No |
| b. Falta de respiración o dificultad en respirar | [] Yes | [] No |
| c. Escalofríos, temblores repetidos con escalofríos | [] Yes | [] No |
| d. Tos | [] Yes | [] No |
| e. Síntomas como de gripe o diarrea | | |
| Molestia intestinal o fatiga | [] Yes | [] No |
| f. Dolor de garganta | [] Yes | [] No |
| g. Dolor de cabeza | [] Yes | [] No |
| h. Dolor muscular | [] Yes | [] No |
| i. Perdida reciente de sabor u de olor | [] Yes | [] No |

3. **CONTACTO:** ¿Ha estado en contacto con alguien que experimentó síntomas de COVID-19 identificados en el n. ° 2 anterior en los últimos 14 días? Por favor indica.

[] Sí [] No

En caso afirmativo, explique con quién se puso en contacto, dónde se puso en contacto y por qué se puso en contacto con esta persona. _____

4. PRUEBAS:

- | | | |
|--|---------|--------|
| a. A dado positivo por COVID-19. | [] Yes | [] No |
| b. Tengo o tuve síntomas de COVID-19 y estoy esperando los resultados de la prueba COVID-19 | [] Yes | [] No |
| c. Si se hizo la prueba para COVID-19, acepto proporcionar el resultado de mi prueba a mi pastor, DS y Obispa. | [] Yes | [] No |

5. **CAMBIO DE SALUD DESPUÉS DEL SERVICIO:** Si desarrollo 2 o más de los síntomas comunes de COVID-19 enumerados anteriormente después de asistir a un servicio en persona, me comunicaré inmediatamente con mi pastor local y evitaré el contacto con otros y buscaré atención médica inmediata.

[] Yes [] No

Certificado y acordado: Nombre en letra de molde:

Fecha:

_____ Número de teléfono:

Correo electrónico:

[Firma]