**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.**

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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **SÍNTOMAS:** Marque Sí o No en cuanto a si ahora está experimentando, o ha experimentado durante los últimos 14 DÍAS, CUALQUIERA de estos síntomas:
   1. Fiebre, sensación de calor o calentura [ ] Yes [ ] No
   2. Falta de respiración o dificultad en respirar [ ] Yes [ ] No
   3. Escalofríos, temblores repetidos con escalofríos [ ] Yes [ ] No
   4. Tos [ ] Yes [ ] No
   5. Síntomas como de gripe o diarrea

Molestia intestinal o fatiga [ ] Yes [ ] No

* 1. Dolor de garganta [ ] Yes [ ] No
  2. Dolor de cabeza [ ] Yes [ ] No
  3. 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]