

Diócesis de Owensboro Registro de asistencia & Herramienta de control de salud

Todos los espacios son obligatorios:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Fecha: _____ Título del evento/reunión: _____

Todos los participantes tienen que completar la siguiente evaluación de riesgos para la salud antes de ingresar.

En las últimas 24 horas, ¿has experimentado lo siguiente?:	Si	No
Fiebre (fiebre superior a 100.4° F o 38° C sintomático de fiebre)		
Tos nueva o que se ha empeorado		
Escalofríos		
Dolor muscular o dolor de cabeza intenso		
Nueva pérdida de sabor u olfato		
Dificultad para respirar		
Según tu mejor conocimiento, en los últimos 14 días, ¿has estado en contacto cercano (a menos de 6 pies/2 metros durante al menos 15 minutos) con alguien que haya dado positivo por el COVID-19?		
En los últimos 14 días, ¿has viajado a un estado con una tasa de positividad de 15% o más del COVID-19?		
Si contestaste sí a la pregunta anterior, ¿hiciste una cuarentena de 14 días al regresar? o ¿hiciste una cuarentena de 5 días y luego hiciste una prueba del COVID-19?		

Cualquiera que responda “sí” a cualquiera de las preguntas anteriores, con la excepción de la última pregunta, no debe ingresar a la reunión. Este individuo también debe comunicarse con su médico o usar telemedicina para más indicaciones.

Se requiere que las parroquias mantengan este formulario en el archivo de cada participante por 30 días.

Diócesis de Owensboro Registro de asistencia & Herramienta de control de salud

Todos los espacios son obligatorios:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Fecha: _____ Título del evento/reunión: _____

Todos los participantes tienen que completar la siguiente evaluación de riesgos para la salud antes de ingresar.

En las últimas 24 horas, ¿has experimentado lo siguiente?:	Si	No
Fiebre (fiebre superior a 100.4° F o 38° C sintomático de fiebre)		
Tos nueva o que se ha empeorado		
Escalofríos		
Dolor muscular o dolor de cabeza intenso		
Nueva pérdida de sabor u olfato		
Dificultad para respirar		
Según tu mejor conocimiento, en los últimos 14 días, ¿has estado en contacto cercano (a menos de 6 pies/2 metros durante al menos 15 minutos) con alguien que haya dado positivo por el COVID-19?		
En los últimos 14 días, ¿has viajado a un estado con una tasa de positividad de 15% o más del COVID-19?		
Si contestaste sí a la pregunta anterior, ¿hiciste una cuarentena de 14 días al regresar? o ¿hiciste una cuarentena de 5 días y luego hiciste una prueba del COVID-19?		

Cualquiera que responda “sí” a cualquiera de las preguntas anteriores, con la excepción de la última pregunta, no debe ingresar a la reunión. Este individuo también debe comunicarse con su médico o usar telemedicina para más indicaciones.

Se requiere que las parroquias mantengan este formulario en el archivo de cada participante por 30 días.

Diócesis de Owensboro Registro de asistencia & Herramienta de control de salud

Todos los espacios son obligatorios:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Fecha: _____ Título del evento/reunión: _____

Todos los participantes tienen que completar la siguiente evaluación de riesgos para la salud antes de ingresar.

En las últimas 24 horas, ¿has experimentado lo siguiente?:	Si	No
Fiebre (fiebre superior a 100.4° F o 38° C sintomático de fiebre)		
Tos nueva o que se ha empeorado		
Escalofríos		
Dolor muscular o dolor de cabeza intenso		
Nueva pérdida de sabor u olfato		
Dificultad para respirar		
Según tu mejor conocimiento, en los últimos 14 días, ¿has estado en contacto cercano (a menos de 6 pies/2 metros durante al menos 15 minutos) con alguien que haya dado positivo por el COVID-19?		
En los últimos 14 días, ¿has viajado a un estado con una tasa de positividad de 15% o más del COVID-19?		
Si contestaste sí a la pregunta anterior, ¿hiciste una cuarentena de 14 días al regresar? o ¿hiciste una cuarentena de 5 días y luego hiciste una prueba del COVID-19?		

Cualquiera que responda “sí” a cualquiera de las preguntas anteriores, con la excepción de la última pregunta, no debe ingresar a la reunión. Este individuo también debe comunicarse con su médico o usar telemedicina para más indicaciones.

Se requiere que las parroquias mantengan este formulario en el archivo de cada participante por 30 días.

Diócesis de Owensboro Registro de asistencia & Herramienta de control de salud

Todos los espacios son obligatorios:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Fecha: _____ Título del evento/reunión: _____

Todos los participantes tienen que completar la siguiente evaluación de riesgos para la salud antes de ingresar.

En las últimas 24 horas, ¿has experimentado lo siguiente?:	Si	No
Fiebre (fiebre superior a 100.4° F o 38° C sintomático de fiebre)		
Tos nueva o que se ha empeorado		
Escalofríos		
Dolor muscular o dolor de cabeza intenso		
Nueva pérdida de sabor u olfato		
Dificultad para respirar		
Según tu mejor conocimiento, en los últimos 14 días, ¿has estado en contacto cercano (a menos de 6 pies/2 metros durante al menos 15 minutos) con alguien que haya dado positivo por el COVID-19?		
En los últimos 14 días, ¿has viajado a un estado con una tasa de positividad de 15% o más del COVID-19?		
Si contestaste sí a la pregunta anterior, ¿hiciste una cuarentena de 14 días al regresar? o ¿hiciste una cuarentena de 5 días y luego hiciste una prueba del COVID-19?		

Cualquiera que responda “sí” a cualquiera de las preguntas anteriores, con la excepción de la última pregunta, no debe ingresar a la reunión. Este individuo también debe comunicarse con su médico o usar telemedicina para más indicaciones.

Se requiere que las parroquias mantengan este formulario en el archivo de cada participante por 30 días.