

# Cuestionario de Salud

¡Bienvenido! Nos alegra que esté aquí.

Para ayudar a que usted y otros congregantes estén seguros y saludables, lea y conteste las preguntas de salud de este cuestionario. Por favor, confirme al entrar que sus respuestas son verdaderas y provea su nombre y su número de teléfono. Se requiere que todas las personas mantengan una distancia física de 2 metros o mas de personas afuera de su grupo de casa. Y que todas usen un cubrebocas.



**No he tenido dos o mas de los síntomas siguientes de COVID-19 durante los últimos 14 días:**

- Fiebre
- Dificultad para respirar
- Escalofríos
- Tos persistente
- Síntomas similares a la gripe
- Diarrea o problemas gastrointestinales
- Fatiga
- Dolor de garganta
- Dolor de cabeza
- Dolores de músculos
- Repentina pérdida del sentido del sabor o de olor

**1.**

**No he estado en contacto con alguien que experimente síntomas de COVID-19 (identificado en el #1) en los últimos 14 días.**

**2.**

**No he dado positivo por COVID-19 ni estoy esperando los resultados de una prueba ni he dado positivo y después no he tenido resolución completa de síntomas de COVID-19.**

**3.**

**4.** Si desarrollo 2 ó mas síntomas de COVID-19 después de asistir a este evento, notificaré al pastor inmediatamente, evitaré contacto con otros y buscaré atención médica.