**** COVID-19 Pólizas Diocesanas

**PROTOCOLOS PARA TRABAJADORES Y VOLUNTARIOS**

Para ser voluntario deberá llenar una ficha de información y recibirá una carta

de agradecimiento al voluntariado.

Agradecemos a la persona que por cuestiones de salud se queden en casa.

Edad para ser voluntario de la parroquia:18 a 64 años.

***Ficha de registro del voluntariado de la parroquia***

***San Cristóbal Magallanes.***

*Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Correo Electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Edad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*¿Pertenece a algún voluntariado en la parroquia? No \_\_\_\_\_ Si\_\_\_\_\_*

*¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Para salvaguardar la seguridad de todos los voluntarios en de suma importancia que provea a la oficina los siguientes datos. Toda la información que cada voluntario provea en esta ficha de registro, será puramente informativa y nadie ajeno al propósito con el cual se hace, tendrá acceso a ella.*

*En caso de no desear proveer la información que a continuación se pide, por favor indíquelo con sus iniciales. No deseo proveer la información de mi condición de salud. \_\_\_\_\_\_\_*

*1.- ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad crónica, como la diabetes, hipertensión u otras?*

*No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_*

*2.- ¿Se considera una persona débil en su sistema inmunológico?*

*No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_*

*3.- ¿Se enferma constantemente?*

*No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_*

*4.- Hoy o en las ultimas dos semanas ha tenido signos de:*

*-Tos: No\_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_*

*-Falta de aire o dificultades para respirar: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_\_*

*-Escalofríos: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_*

*-Tembloroso con escalofríos: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_\_*

*-Dolor Muscular: No \_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_*

*-Dolor de Cabeza: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_*

*-Dolor de Garganta: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_*

*-Pérdida del gusto u olfato: No \_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_*

*-Diarrea: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_*

*-Cambio de temperatura en su cuerpo de 100 grados Fahrenheit o más:*

 *No \_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_*

*-Ha estado cerca de una persona que haya sido diagnosticada con*

 *COVID-19: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_*