



## Forma de Detección de COVID-19 del Participante

**Preexamen y Chequeo de Síntomas:** Para mantener a todos los participantes seguros, GSUSA requiere un preexamen y chequeo de síntomas. Antes de todas las juntas o actividades en persona, los participantes deben ser examinados. Si los participantes se sienten enfermos, deberían de quedarse en casa y no participar en persona.

**Proceso:** Colección: Todos los participantes tienen que completar el preexamen y chequeo síntomas. Los voluntarios de la tropa pueden imprimir esta forma y llenarla en el evento, o deberían de mandarla de antemano para que se llene y firme en el mismo día del evento/actividad si los encargados de la Girl Scout no van a estar allí para completarla. Todas las formas necesitan que revisarse antes que el evento/actividad empiece para asegurar que todo esta seguro para que participen todos.

**Retención del Documento:** El voluntario de la tropa debe de juntar todas las copias firmadas y guardarlas en un lugar seguro con toda la otra información de salud. Deberían the guardar estos documentos or lo mínimo de un ano. Estos documentos no tienen que mandarse ni compartirse con GSCO.

### ¿Qué tal si un participante contesta “Si” a una de estas preguntas en el preexamen?

Si un participante contesta “si” a una de estas preguntas en el preexamen, para la seguridad y la salud de todos, no deberían de participar en el evento/actividad. Cuando estén planeando el evento/actividad deberíamos de animar a los voluntarios a notificar a los participantes de antemano que necesitaran que llenar el preexamen el día del evento antes de participar. Si contestan “si” a cualquier pregunta no podrán participar y no deberían de quedarse en el evento.

**Nombre Complete del Participante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### Preguntas de Preexamen

1. En los últimos 14 días a tenido usted o alguien en su hogar uno de los siguientes síntomas de COVID-19: dolor de garganta, síntomas del flu, resfriados, dolor de cuerpo sin razón alguna, dificultad de respirar sin razón alguna, perdida de olfato, perdida del gusto, fiebre al o a más de 100.4 grados Fahrenheit o por encima de su temperatura normal?	SI ___ NO ___
2. ¿Ha tomado reductores de fiebre en las pasadas 72 horas?	SI ___ NO ___
3. ¿Esta algún miembro de su hogar infectado en este momento por COVID-19 o esta siendo tratado/probado por COVID-19	SI ___ NO ___
4. Me tome la temperatura ahora y es _____.	

**Firma del Participante** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Encargado** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_