

Contacto y confirmación de salud más exención de responsabilidad

Complete las secciones I y II y solicite a la agencia que envíe una copia al Career Closet con anticipación. Lleve el original al Career Closet, que se firmará en el lugar en la fecha de la cita.

I. Información de contacto, para seguimiento de contactos *(Por favor complete antes de salir de su casa.)*

Nombre: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono #: ____-____-____ Mensaje # ____-____-____ Fecha de la cita _____

II. COVID-19 "evaluación individual" *(Por favor complete antes de salir de casa.)*

<i>Las respuestas a todas las preguntas deben ser NO para asistir a Career Closet</i>	Sí	No
¿Ha estado a menos de 6 pies de una persona con un caso de COVID-19 confirmado por laboratorio por mínimo de 5 minutos, o ha tenido contacto directo con su moco o saliva, en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En las últimas 48 horas, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fiebre de 100 F (37.8 C) o más, o posibles síntomas de fiebre como escalofríos y sudoración alternantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Problemas para respirar, falta de aliento o sibilancias severas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Escalofríos o temblores repetidos con escalofríos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolores musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pérdida del olfato o del gusto, o un cambio en el gusto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Náuseas, vómitos o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sido contactado por exposición potencial a COVID-19 en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha estado viajando en países / regiones que actualmente están bajo aviso de viaje restringido por los CDC o el Estado de Nueva York en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Confirmación y renuncia *(revisar antes de salir de casa; firmar en Career Closet)*

Confirmando la veracidad de las respuestas anteriores, y mi temperatura fue _____. Testigo _____

He leído los Protocolos detallados adjuntos al presente y estoy de acuerdo en cumplirlos de la mejor manera, incluyendo el distanciamiento social de 6 pies y el uso de una máscara en todo momento. Entiendo que existe un riesgo inherente de exposición al COVID-19 en cualquier lugar público donde haya personas presentes y que el COVID-19 es una enfermedad extremadamente contagiosa que puede provocar enfermedades graves y la muerte. Además, entiendo que este riesgo puede resultar de o ser aumentado por las acciones, omisiones o negligencia de mí mismo y de otros, incluidos, entre otros, voluntarios del Career Closet y otros clientes.

Al visitar Career Closet y utilizar sus servicios, asumo voluntariamente todos los riesgos relacionados con la exposición o lesión debido a COVID-19 y renuncio a toda responsabilidad y reclamos médicos y derechos relacionados con Covid contra Career Closet Westchester Inc., contra sus voluntarios, oficiales y directores, incluidos su Director Ejecutivo y Director, y en contra de Briarcliff Congregational Church.

Firma: _____ Fecha: _____

La renuncia se habló con el firmante y el firmante acordó que entendió lo que estaba firmando y, por lo tanto, acepta.

Inicial: _____
Testigo Firmante