

Porque la tierra y su plenitud son del Señor ~ 1 Corintios 10:26

CUESTIONARIO DE COVID-19

La salud y el bienestar de nuestro personal y voluntarios son de suma importancia y estamos tomando medidas para mantener un ambiente seguro. Si responde afirmativamente a cualquiera de estas preguntas, regrese a casa por su seguridad y la seguridad de los demás. Gracias por cuidar al pueblo de Dios.

En los últimos 14 días, ¿usted o un miembro de su familia ha experimentado una nueva tos?

En los últimos 14 días, ¿ha sufrido usted o un miembro de su familia una nueva dificultad para respirar?

En los últimos 14 días, ¿ha sufrido usted o un miembro de su familia dolores corporales que no puede atribuir a una actividad específica como el ejercicio físico?

En los últimos 14 días, ¿usted o un miembro de su familia ha experimentado dolor de garganta?

En los últimos 14 días, ¿usted o un miembro de su familia ha experimentado una nueva pérdida de gusto u olfato?

En los últimos 14 días, ¿usted o un miembro de su familia ha tenido fiebre de más de 100.4 grados Fahrenheit?

En los últimos 14 días, ¿usted o un miembro de su familia ha estado expuesto a alguien que tiene un diagnóstico confirmado de COVID-19 o está esperando los resultados de la prueba?

