

TALLERES DE CERTIFICACIÓN DEL PTI

DECLARACIÓN DE SALUD EN RELACIÓN CON LA COVID-19

Para participar en los talleres de certificación del PTI, todos los participantes, instructores y representantes del PTI en el lugar deben leer, comprender, llenar y firmar la siguiente declaración:

Declaración de los participantes con respecto al taller de certificación del PTI:

Nombre completo del participante (en letra de imprenta): _____

Afiliación/Empresa del participante: _____

Preguntas sobre la salud:

1. ¿Usted, el Participante, o alguien en su hogar presenta algún síntoma de la COVID-19, incluyendo fiebre, tos, escalofríos, falta de aliento, fatiga inusual, dolor de garganta, ausencia de sabor u olor, o ha presentado algún síntoma de este tipo en los últimos 14 días?

Sí: _____ (estado Sí)

No: _____ (estado No)

2. ¿Usted, el Participante o alguien en su hogar ha estado directamente expuesto a alguien que se sepa que está infectado con la COVID-19 en los últimos 14 días?

Sí: _____ (estado Sí)

No: _____ (estado No)

3. ¿Usted, el Participante o alguien en su hogar ha sido diagnosticado y/o ha dado resultado positivo en la prueba de la COVID-19 en los últimos 14 días?

Sí: _____ (estado Sí)

No: _____ (estado No)

4. 4. ¿Cuál fue su temperatura esta mañana? **Si es 100,4 °F/38 °C o superior, no ingrese.**

Mi temperatura esta mañana: _____ (estado de la temperatura)

5. Verificación de la temperatura por parte del PTI durante el registro: _____ (registrar la temperatura - PARA SER COMPLETADO POR EL PTI)

Yo, el Participante, declaro que todas las respuestas son correctas a mi leal saber y entender, y comprendo que si alguna de estas preguntas se responde con un Sí o mi temperatura excede el límite establecido, no se me permitirá asistir al taller de certificación, con la opción de asistir a un taller del mismo tipo programado por la PTI en el mismo año calendario, sin cargo adicional.

Yo, el Participante, cumplí y respeté todas las pautas de mitigación de la COVID-19 y seguiré respetando dichas pautas mientras estén vigentes.

ACEPTACIÓN DEL PARTICIPANTE

Firma: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____