

SITIO DE AISLAMIENTO POR COVID-19 - CONTACTO DE EMERGENCIA
COVID-19 ISOLATION SITE - EMERGENCY CONTACT

Nombre del sitio de aislamiento	Dirección / ubicación del sitio de aislamiento
--	---

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre de la persona que se registra

Dirección de su casa, Ciudad, Estado, Código postal

Número de teléfono de la casa	Número de celular	Correo electrónico
-------------------------------	-------------------	--------------------

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

1 Nombre – Contacto	Relación
----------------------------	-----------------

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal

Número de teléfono de la casa	Número de celular	Número de teléfono del trabajo
-------------------------------	-------------------	--------------------------------

Empleador de su contacto

2 Nombre – Contacto	Relación
----------------------------	-----------------

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal

Número de teléfono de la casa	Número de celular	Número de teléfono del trabajo
-------------------------------	-------------------	--------------------------------

Empleador de su contacto

Información de contacto médico

Nombre - Médico	Número de teléfono
-----------------	--------------------

He proporcionado voluntariamente la información de contacto anterior y autorizo a _____
y a sus representantes a ponerse en contacto con cualquiera de las personas anteriores en mi nombre en caso de una
emergencia

FIRMA – Persona que da su consentimiento	Fecha de la firma
---	-------------------