

Use este formulario para notificar a GSHNJ si alguien conectado a su tropa o unidad de servicio es diagnosticado con COVID-19 y potencialmente ha expuesto a otros durante un evento o actividad de Girl Scouts. Para mantener la privacidad de la persona afectada, no comparta información de salud con otros; el personal del concilio notificará a las personas potencialmente expuestas de manera consistente con las leyes de privacidad de la salud. Envíe este formulario completo a Michael Forrestall, Director de Operaciones, en [mforrestall@gshnj.org](mailto:mforrestall@gshnj.org).

**Cuéntanos sobre la persona que fue diagnosticada con COVID-19.**

Nombre		¿Miembro registrado?		Si	No
Nombre del padre/guardián					
Correo electrónico			Teléfono		
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	
Fecha de la prueba de COVID-19			Fecha de diagnóstico positivo		

**Cuéntanos acerca de la reunión donde pudieron haber expuesto a otros.**

Nombre del evento		Fecha del evento					
Nombre del lugar del evento			¿Estaba presente el personal del lugar?			Si	No
Contacto del lugar		Teléfono		Correo electrónico			
Dirección del lugar		Ciudad	Estado	Código Postal			

**List all event attendees. Attach additional pages as necessary.**

Nombre	Apellido	Niña	Adulto	Rol en el evento (participante, chaperón, conductor, coordinador, etc.)

**Cuéntanos acerca de tí.**

Nombre		¿Miembro registrado?		Si	No
Correo electrónico		Teléfono			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal		

**¿Hay algo más que agregar?****Firma****Fecha Enviado**