

**Conversion Will Occur After Content is Reviewed and Approved  
and Text for Use of An Electronic Signature is Provided**

**Health Declaration Form - COVID-19**

Must Be Submitted at least 24 Hours Prior to the Scheduled Appointment.

**PURPOSE OF ENTRY:** The purpose of the entry is to \_\_\_\_\_ or performing an activity or providing services in furtherance of or to facilitate a transaction or service.

**PROPERTY ENTRANT REPRESENTATIONS:** If the person Signing below is a prospective or actual customer or other person whose services facilitate the completion of a transaction or service; Signer is voluntarily entering the Property.

Signer agrees to take all reasonable and necessary precautions to protect Signer and others from the spread of COVID-19.

Exercising care to protect yourself, and assessing your own risks, by considering your age, underlying health conditions, recent travel, possible exposure to COVID-19, doctor's recommendations, and local, State and Federal recommendations. You agree and understand that it is your responsibility to evaluate the risks and protect yourself.

Washing your hands with soap and water or using hand sanitizer, and wearing rubber gloves, a protective face mask, and protective shoe coverings. Remember to not touch your eyes, nose, or mouth.

Practicing social distancing by keeping at least 6 feet between yourself and others. Do not gather in groups, and do not touch surfaces or items in the Property. If you believe it necessary to touch surfaces or items in the Property, consider the risks of doing so.

You represent that:

(1) To the best of your knowledge, you are not currently afflicted with, and have not knowingly, within the last 14 days, been in contact with someone afflicted with, COVID-19;

(2) You are not experiencing a fever, or signs of respiratory illness such as cough, shortness of breath or difficulty breathing, or other COVID-19 symptoms and;

(3) You understand that persons may be afflicted with COVID-19 and: (i) not exhibit symptoms; (ii) not be aware that they are afflicted or (iii) may not voluntarily agree to disclose their condition.

(4) You will inform the Counselor or Roosevelt Memorial Park Personnel , if after the date this document is signed, there is a change in your health condition or knowledge that potentially puts others at risk or invalidates the representations made this document.

(5) Your temperature will be taken upon arrival to the Cemetery.

By signing this form, I agree ...

Please check the appropriate box and provide your signature.

I Accept

I Decline

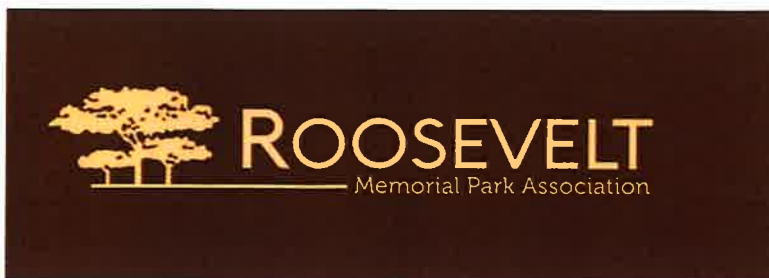
\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
**Print Name**

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**COMPANY REPRESENTATIVE**

**Business acknowledges that they are clean and disinfect the Property after the persons allowed to enter leave the Property. Special attention should be given to areas that are likely to be touched such as doorknobs, handles, and counter tops.**



## Formulario de Declaración de Salud - COVID-19

Debe ser enviado por lo menos 24 Hnuestro Prior a la placa Scheduled A.ppointment.

FINALIDAD	DE	LA
ENTRADA:		

**REPRESENTACIONES DE ENTRADA DE PROPIEDAD:** Si la persona que firma a continuación es un cliente potencial o real u otra persona cuyos servicios facilitan la realización de una transacción o servicio; El Firmante está ingresando voluntariamente a la Propiedad.

El firmante se compromete a tomar todas las precauciones razonables y necesarias para proteger al Firmante y a otros de la propagación de COVID-19.

Ejercer cuidados para protegerse y evaluar sus propios riesgos, considerando su edad, condiciones de salud subyacentes, viajes recientes, posible exposición a COVID-19, recomendaciones médicas y recomendaciones locales, estatales y federales. Usted acepta y entiende que es su responsabilidad evaluar los riesgos y protegerse.

Lávese las manos con agua y jabón o con desinfectante de manos, y use guantes de goma, una máscara protectora para la cara y cubiertas protectoras para zapatos. Recuerde no tocarse los ojos, la nariz o la boca.

Practicar el distanciamiento social manteniendo al menos 6 pies entre usted y los demás. No se reúna en grupos y no toque superficies ni elementos en la propiedad. Si cree que es necesario tocar superficies o elementos de la Propiedad, tenga en cuenta los riesgos de hacerlo.

Usted declara que:

(1) Hasta bien que sabe, usted no está afectado actualmente con, y no ha estado a sabiendas, en los últimos 14 días, en contacto con alguien afligido con, COVID-19;

(2) Usted no está experimentando fiebre, o signos de enfermedad respiratoria como tos, dificultad para respirar o dificultad para respirar, u otros síntomas de COVID-19 y;

(3) Usted entiende que las personas pueden ser afligidas con COVID-19 y: (i) no presentan síntomas; (ii) no ser conscientes de que están afligidos o (iii) no pueden aceptar voluntariamente revelar su condición.

(4) Usted informará al Consejero o al Personal del Parque Memorial Roosevelt, si después de la fecha en que se firma este documento, hay un cambio en su condición de salud o conocimiento que potencialmente pone a otros en riesgo o invalida las representaciones hechas este documento.

(5) Su temperatura será tomada a su llegada al Cementerio.

Al firmar este formulario, estoy de acuerdo:

Marque la casilla correspondiente y proporcione su firma.

Acepto

I Decline

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nombre de impresión**

Firma \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**REPRESENTANTE de la empresa**

**Business reconoce que están limpios y desinfectan la propiedad después de que las personas a las que se les permite entrar en salir de la propiedad. Se debe prestar especial atención a las áreas que probablemente se toquen, como los pomos de las puertas, las manijas y las encimeras.**