

Este cuestionario tiene por objeto conocer el estado de salud actual del deportista en el marco de la COVID-19. Los datos personales facilitados por el participante al Ayuntamiento de Fuentespina tienen por exclusiva finalidad el cumplimiento de los protocolos sanitarios y de seguridad frente al COVID-19 que se han establecido por dicha entidad en cumplimiento de las recomendaciones y pautas generales marcadas por las autoridades sanitarias. El uso de los datos personales facilitados será realizado por el Ayuntamiento y su personal conforme a las normativas de aplicación en materia de protección de datos de carácter personal. El titular de los datos tiene derecho a ejercitar los derechos que se encuentran recogidos en las disposiciones normativas vigentes en materia de protección de datos, debiendo ser, en su caso, ejercitados a través de los cauces y procedimientos previstos expresamente en tales normas.

<b>Nombre y apellidos</b>		
<b>Dirección de residencia</b>		
<b>Dirección durante el evento</b>		
<b>Número de teléfono móvil</b>		
<b>Dirección de correo electrónico</b>		
<b>Países/Comunidades Autónomas que has visitado en los últimos 14 días</b>		
<b>Preguntas relativas a los últimos 14 días</b>		
	<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Ha tenido alguna sintomatología relacionada con la COVID-19 o ha estado en contacto cercano (más de 15 minutos a menos de 2 metros de distancia de una persona diagnosticada con la enfermedad o con síntomas de la misma)?		
En el caso de que la respuesta afirmativa añadir observaciones:		
¿Ha compartido su vivienda habitual con alguna persona diagnosticada con la COVID-19? ¿Ha tenido algún conviviente síntomas de la COVID-19 o ha sido diagnosticado con la enfermedad después de haber permanecido al menos 14 días aislado del resto de convivientes?		
¿Ha estado en cuarentena?		
¿Le han realizado alguna prueba de la COVID-19?		
PCR (especificar resultado .....)		
Test serológico cuantitativo por Elisa (especificar resultado .....)		
Test de antígenos (rápidos) (especificar resultado.....)		
¿Ha necesitado asistencia médica a causa de la COVID-19?		
¿Tiene alguno de los siguientes síntomas o los ha tenido en los últimos 14 días?:		
Fiebre		
Tos seca		
Dolor de cabeza		
Fatiga		
Disnea (dificultad respiratoria)		
Mialgia (dolores musculares)		
Dolor de garganta		
Dolor en el pecho		
Congestión nasal / Rinitis		
Escalofríos		
Nauseas / Vómitos		
Diarrea		
Anosmia (pérdida del sentido del olfato) / Disgeusia (pérdida del sentido del gusto)		
Sabañones / Eritema pernio (picazón, manchas rojas e inflamación especialmente en los dedos de manos y pies)		

Firma y fecha