



ENCUESTA COVID-19 PREVIA A LA ENTRADA AL RECINTO.

Para proteger su salud, la FKV necesita que usted conteste este formulario en relación con la emergencia sanitaria declarada por el Covid-19. La información que proporcione, ayudará a los funcionarios de salud pública a ponerse en contacto con usted en caso de que haya estado expuesto a ésta enfermedad contagiosa. Es importante que conteste de forma completa y exacta. La información solicitada se conservará de conformidad con la legislación aplicable y se utilizará exclusivamente para fines de salud pública. *Gracias por ayudarnos a proteger su salud.*

Cumplimentar en mayúsculas.

Actividad que se desarrolla: _____

Fecha y lugar: _____

Señalar la que corresponda: Árbitro ___ Técnico ___ Organización ___ Ponente ___ Asistente ___

Competidor (categoría) _____ Coach ___

DATOS PERSONALES

Nombre: _____ Apellidos: _____

DNI: _____ Edad: _____ Teléfono/s _____

Email (opcional): _____

En caso de ser menor de edad

Nombre y apellidos del tutor/a legal: _____

DNI: _____

¿Usted o alguno de sus familiares presenta tos, fiebre, dolor de cabeza, pérdida y/o alteración del olfato y/o gusto o dificultad respiratoria? Por favor, indique los datos de la persona o personas que presentan los síntomas anteriormente indicados y ponga los síntoma/s que presenta:

¿Usted o alguno de sus familiares/acompañantes ha acudido/visitado un hospital en los últimos 14 días?
Indicar quién y dónde

¿Pertenece a algún grupo de riesgo? (Mayor de 60 años, hipertensión, diabetes, cardiopatías, patología pulmonar, enfermedad renal crónica, inmunosupresión, patología hepática, neoplasias activas...)

¿Ha tenido contacto con un caso confirmado de enfermedad por Covid-19 en los últimos 14 días?



Por favor, indique todos los países por los que ha viajado/transitado en los últimos 14 días

¿Le han hecho algún test de confirmación de la enfermedad? (PCR, antígenos, inmunoglobulinas)

¿Se encuentra usted bien de salud? Esto hace referencia al momento actual y a los 14 días previos

Tras la lectura y revisión de este cuestionario, el deportista, árbitro, coach, y otro personal FKCV, declara que:

- 1- Todas las respuestas vertidas en este cuestionario de salud son verdaderas y correctas.
- 2- Es conocedor de que cualquier respuesta deshonestas, podría traer serias implicaciones para su salud y la de su entorno.
- 3- Asume la responsabilidad que de la omisión o falsedad en los mismos pueda conllevar.
- 4- Se compromete a que en los próximos 15 días, pondrá en conocimiento de la FKCV cualquier incidencia que modifique la situación actualmente evaluada.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Firma:

En caso de menores (firmar por los dos):

Padre/tutor:

DNI:

Madre/tutora:

DNI:

Temperatura en el momento de acceder al recinto: