

ENCUESTA COVID-19 PREVIA A LA ENTRADA AL RECINTO.

Para proteger su salud, 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. 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: _____

DATOS PERSONALES

Nombre: _____ Apellidos: _____

DNI: _____ Edad: _____ Teléfono/s _____

Email (opcional): _____

	SI	NO
Presenta tos, fiebre, dolor de cabeza, pérdida y/o alteración del olfato y/o gusto o dificultad respiratoria usted o alguna de sus personas cercanas???		
¿Ha tenido contacto con un caso confirmado de enfermedad por Covid-19 en los últimos 15 días?		
¿Se encuentra usted bien de salud? Esto hace referencia al momento actual y a los 14 días previos		

Tras el 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.

Firma y fecha:

Temperatura al acceder al recinto:

En caso de ser menor de edad (firmar por los dos):

Padre/tutor:

Madre/tutora:

DNI:

DNI: