

CUESTIONARIO MÉDICO COVID-19

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 a la organización (ACUATLON CDAD. DE CEHEGÍN. VI ABSOLUTO Y X DE MENORES) tienen por exclusiva finalidad el cumplimiento de los protocolos sanitarios y de seguridad frente al COVID-19 que se han establecido por el organizador (Excmo. Ayto. de Cehegín) en cumplimiento de las recomendaciones y pautas generales marcadas por las autoridades sanitarias. El uso de los datos personales facilitados será realizado por el Excmo. Ayto. de Cehegín 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.

Nombre y Apellidos			
Categoría inscrito/a en la prueba			
Dirección Residencia durante el evento			
Número de Teléfono Móvil			
Dirección de Correo Electrónico			
Países visitados en los últimos 14 días			
Preguntas relativas a los últimos 14 días		SÍ	NO
¿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 enfermedad 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?			
<ul style="list-style-type: none"> • 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			
• Náuseas / Vómitos			
• Diarrea			
• Anosmia (pérdida del olfato) / Disgeusia (pérdida del sentido del gusto)			
• Sabañones /Eritema pernio (picazón, manchas rojas e inflamación especialmente en dedos de las manos y/o pies)			