

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 (FETRI) 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 la FETRI 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	
Dirección de residencia	
Dirección durante el evento	
Número de teléfono móvil	
Dirección de correo electrónico	
Países que ha visitado 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?		
<input type="checkbox"/> PCR (especificar resultado .....) <input type="checkbox"/> Test serológico cuantitativo por Elisa (especificar resultado .....) <input type="checkbox"/> 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?:		
<input type="checkbox"/> Fiebre		
<input type="checkbox"/> Tos seca		
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza		
<input type="checkbox"/> Fatiga		
<input type="checkbox"/> Disnea (dificultad respiratoria)		
<input type="checkbox"/> Mialgia (dolores musculares)		
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta		
<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho		
<input type="checkbox"/> Congestión nasal / Rinitis		
<input type="checkbox"/> Escalofríos		
<input type="checkbox"/> Náuseas / Vómitos		
<input type="checkbox"/> Diarrea		
<input type="checkbox"/> Anosmia (pérdida del sentido del olfato) / Disgeusia (pérdida del sentido del gusto)		
<input type="checkbox"/> Sabañones / Eritema pernio (picazón, manchas rojas e inflamación especialmente en los dedos de manos y pies)		