

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	

	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)		