CUESTIONARIO MÉDICO COVID-19

Federación de Triatlón Región de Murcia

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 (XXI DUATLÓN CARAVACA DE LA CRUZ) 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. Caravaca de la Cruz) 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. Caravaca de la Cruz 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?		
• 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		
• Nauseas / 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)		

EXCMO. AYTO. CARAVACA DE LA CRUZ – XXI Duatlón Caravaca de la Cruz – 14/3/2021

ENVIAR A: deportes@caravacadelacruz.es desde 48 horas antes de la prueba hasta el inicio de la misma.