



ANEXO 1

CLUB DE AJEDREZ MIRALBUENO JULIÁN NIETO CUESTIONARIO DE SALUD PERSONAL

Debe completarse mensualmente por todos los participantes antes del primer entrenamiento o partido del mes. Debe rellenarse, también, si las condiciones personales del jugador sufren alguna modificación.

1. Nombre y apellidos (como aparecen en el DNI o Pasaporte):

2. Fecha de nacimiento y equipo al que pertenece temporada 2020-2021

3. Dirección durante la competición (calle/piso/ciudad/código postal):

4. Número de teléfono fijo/móvil: _____

5. Correo electrónico: _____

<u>Preguntas</u>		NO	SI
1	¿Presentas o has presentado síntomas (fiebre, tos, dificultad respiratoria, cansancio, diarrea, cefalea) compatibles con infección por COVID-19 en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Hubo contacto cercano con alguien diagnosticado con la enfermedad COVID-19 en los últimos 14 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Has vivido o convives en la casa con un paciente COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿Has visitado o permanecido en un ambiente cerrado con algún paciente Covid-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Has trabajado o estudiado de forma cercana o compartiendo el mismo espacio con pacientes de COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	¿Te han hecho alguna prueba de diagnóstico por COVID-19 en los últimos 14 días? En caso afirmativo, ¿cuál y resultado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Esta información se podrá compartir con las autoridades locales de Salud Pública para permitir un rápido rastreo de contactos si un participante en el evento sufre la enfermedad COVID-19 o llegó en contacto con un caso confirmado.

Por medio de la firma del presente autorizo al registro de temperatura corporal, adecuado al fin expreso de las medidas de prevención COVID19 para las actividades del organizador.

Fecha: Zaragoza, a _____

Firma: Deportista o tutor _____