



CUESTIONARIO COVID-19

Nombre del deportista:

D.N.I.:

Federación:

Fecha:

¿Has padecido COVID – 19, u otra enfermedad durante el confinamiento?

Durante este periodo de confinamiento has tenido algún síntoma relacionado con el COVID-19

FIEBRE SI NO

TOS SECA SI NO

DIFICULTAD SI NO

DOLOR DE CABEZA SI NO

Te han hecho algún test de confirmación de la enfermedad

SI NO

Cual

PCR SI NO

TEST DE ANTÍGENOS SI NO

TEST DE INMUNOGLOBULINAS SI NO

Has necesitado asistencia médica a causa de esta enfermedad

TELEFÓNICA SI NO

AMBULATORIA SI NO

HOSPITALARIA SI NO

UCI SI NO

Qué tratamiento has recibido:

¿Alguna persona que conviva contigo ha padecido la enfermedad o alguno de los síntomas mencionados con anterioridad?

SI NO

En caso afirmativo ¿hiciste cuarentena?

SI NO

¿Te encuentras en estos momentos bien de salud?

SI NO

En caso de que hayas marcado no, describe los síntomas que tienes:

Las siguientes preguntas hacen referencia al momento actual y a los 14 días previos al momento en que se realizan las preguntas:

Estado general - ¿Cómo te encuentras en general?

Fiebre y/o escalofríos – Superior a 37,5°C y si reaparece

Tos, expectoración (arrancas mucosidad), hemoptisis (sangre al toser) – seca, persistente, con esputo, con sangre

Trabajo respiratorio o respiración acelerada - Desde cuándo, asociada o no al movimiento, de inicio brusco, si ha mejorado

Diarrea y vómitos – número y consistencia

Mialgias (dolores musculares) y artralgias (dolores articulares) localizadas y erráticas (en diferentes localizaciones)

Dolor pleurítico (localizado entre la piel y el pulmón) – de carácter punzante en el pecho, aumenta al respirar, desde cuando lo tiene

Astenia (cansancio generalizado), anorexia (falta de apetito), odinofagia (dolor en la faringe y hacia los oídos), cefalea (dolor de cabeza) – desde cuando

Anosmia (pérdida o alteración del olfato) o ageusia (pérdida o alteración del gusto)

Rash cutáneo (sarpullido en la piel), eritema en piel (piel enrojecida) u otras manifestaciones dérmicas

Alguna afectación bucal u odontológica durante este periodo

OBSERVACIONES

Tras la lectura y revisión d este cuestionario, el deportista declara que:

- Todas las respuestas vertidas en este cuestionario de salud son verdaderas y correctas.
- Es conocedor de que cualquier respuesta deshonesta, podría traer serias implicaciones para su salud y la de su entorno.
- Asume la responsabilidad que de la omisión o falsedad en los mismos pueda conllevar. (A tal efecto el BOE nº126, de 6 de mayo de 2020, establece que *“el regreso a los entrenamientos y la competición será bajo responsabilidad del deportista o bajo aquella que se derive de los acuerdos que el deportista tenga suscritos con su federación o entidad deportiva empleadora, lo que incluirá estar al corriente de los seguros que procedan”*)
- Se compromete a que durante su estancia en el CTD, pondrá en conocimiento del entrenador o del médico, cualquier incidencia que modifique la situación actualmente evaluada.
- Y reafirma su declaración en.....a.....de.....de 2020

FIRMADO

Nadador Mayor de edad

Padre/Madre nadador menor de edad
