



















Este cuestionario tiene por objeto conocer el estado actual de salud del deportista en el marco de la COVID-19. Los datos personales facilitados por el deportista al organizador (FETRI) tienen por exclusiva finalidad el cumplimiento de los protocolos sanitarios y de seguridad frente a la COVID-19 establecidos por dicha entidad en cumplimiento con las recomendaciones y pautas de actuación marcadas por las autoridades sanitarias competentes. La FETRI y su personal utilizará los datos personales facilitados por el deportista 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 habitual	
Dirección durante el evento	
Número de teléfono móvil	
Dirección de correo electrónico	
Países/comunidades autónomas 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 con una persona diagnosticada y/o con síntomas de la COVID-19 (más de 15 minutos a menos de 2 metros de distancia)?		
En el caso de que la respuesta afirmativa, añadir observaciones:		
¿Ha compartido su vivienda habitual con alguna persona diagnosticada con la 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 guardado cuarentena?		
¿Le han realizado alguna prueba de la COVID-19?		
<ul style="list-style-type: none">  Test PCR (especificar fecha y resultado  Test serológico (especificar fecha y resultado  Test de antígenos (especificar fecha y resultado.....)  Test rápido de anticuerpos (especificar fecha y 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		
 Náuseas / Vómitos		
 Diarrea		
 Anosmia (pérdida del sentido del olfato) / Disgeusia (pérdida del sentido del gusto)		
 Sabañones / Eritema pernio (picaazón, manchas rojas e inflamación especialmente en los dedos de manos y pies)		