



FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SALUD - COVID-19

Lea esta declaración antes de firmarla. Debe completar esta Declaración Médica adicional para inscribirse en la actividad. Si usted es menor de edad, debe presentar esta Declaración firmada por su padre o tutor.

CUESTIONARIO MÉDICO PARA EL DEPORTISTA

El propósito de este cuestionario médico es asegurarse de que usted es apto para la práctica de la actividad desde el punto de vista médico. Por favor, responda las siguientes preguntas. Una respuesta positiva significa que puede haber una condición preexistente que podría afectar a su seguridad y la de los demás durante la actividad. Dentro de los 15 días inmediatamente anteriores a la fecha de este formulario de Declaración de salud, Usted.

• **¿Has realizado algún test relacionado con el Covid 19?**

Si __ (indique lugar y fecha)

No __

• **¿Ha tenido algún síntoma asociado con el Covid 19?**

Fiebre SI __ NO __

Tos SI __ NO __

Fatiga o dolores musculares SI __ NO __

Dolor de garganta y/o cabeza SI __ NO __

Perdida del gusto y/o olfato SI __ NO __

Diarrea SI __ NO __

Infecciones respiratorias SI __ NO __

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

Si __

No __

• **¿Ha estado en algún lugar/sitio declarado como peligroso y/o potencialmente infeccioso por alguna autoridad sanitaria o reguladora, reconocida?**

Si __ (indique lugar y fecha)

No __

• **¿Ha estado en contacto directo con alguna persona que haya dado positivo o que haya sido diagnosticada como posiblemente infectada por el Covid 19?**

Si (indique lugar y fechas)

No

• **¿Pertenece a algún grupo de riesgo en relación al Covid 19 (hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, cáncer, inmunodeficiencias,)?**

Si __ (indica cual) _____

No __

La información que he proporcionado sobre mi historial médico es totalmente veraz, según mi saber y entender. Acepto asumir la responsabilidad de cualquier omisión al revelar mis condiciones de salud existentes o pasadas. También me comprometo a informar inmediatamente al Club acerca de cualquier incidencia que pueda modificar la situación, después de haber rellenado esta declaración.

NOMBRE Y Nº DOCUMENTO DEPORTISTA:

NOMBRE Y DOCUMENTO PADRE, MADRE O TUTOR:

FIRMA:

En cumplimiento de Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal, LO/15/1999 y el Real Decreto 1720/2007 le informamos que sus datos forman parte de un fichero propiedad de C.B. Arona con CIF: G38234472, si no desea recibir más comunicaciones nuestras por esta vía o simplemente desea ejercitar sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición, puede enviar esta comunicación, junto con prueba válida en derecho como su DNI, con el asunto "A.R.C.D." a la dirección electrónica: clubbalonmanoaronas@gmail.com.