



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?		
<ul style="list-style-type: none">• 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?:		
<ul style="list-style-type: none">• 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 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.