

**ANEXO V**  
**CUESTIONARIO AUTOEVALUACIÓN POR COVID19**

<b>NOMBRE COMPLETO<sup>1</sup></b>	
<b>DNI</b>	
<b>DIRECCIÓN</b>	
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	
<b>TELÉFONO</b>	

*1 = Debe reflejarse el nombre tal y como aparece en el DNI o Pasaporte.*

PREGUNTAS	SI	NO
<b>1</b> ¿Has padecido COVID-19 u otra enfermedad respiratoria durante el confinamiento?		
<b>2</b> ¿Has recibido asistencia médica a causa de esta enfermedad?		
<b>3</b> ¿Te han hecho algún test de confirmación de esta enfermedad?		
<b>4</b> ¿Ha dado resultado positivo?		
<b>5</b> ¿Has hecho cuarentena?		
<b>6</b> ¿Has obtenido un resultado negativo en un test antes de reincorporarte a tu vida normal?		
<b>6</b> ¿Tienes actualmente algún síntoma relacionado con COVID-19? Indique cual:		
<input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Tos seca <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Dolor Cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida gusto/olfato <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Dolores Musculares/articulares <input type="checkbox"/> Dolor pleurítico <input type="checkbox"/> Otros		
<b>7</b> ¿Has tenido contacto estrecho con algún paciente positivo confirmado?		
<b>8</b> ¿Has contactado con las autoridades sanitarias para comunicar tus síntomas?		
<b>9</b> ¿Te encuentras bien de salud en estos momentos? Si la respuesta es negativa, indique cual:		
<input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Tos seca <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Dolor Cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida gusto/olfato <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Dolores Musculares/articulares <input type="checkbox"/> Dolor pleurítico <input type="checkbox"/> Otros		
<b>10</b> En caso de tener alguno de los síntomas, ¿Lo has comunicado a tu Club y FCB?		

**ENTREGAR AL RESPONSABLE DEL ENTRENAMIENTO, DEL PROTOCOLO O CLUB. EN CASO DE SOSPECHA DE TENER LA ENFERMEDAD CONTACTE APARTE INMEDIATAMENTE AL PARTICIPANTE Y CONTACTE CON LA AUTORIDAD SANITARIA.**

Esta información se podrá compartir con las autoridades de Salud Pública para permitir un rápido rastreo de contactos en el caso que se detecte que un participante tiene síntomas que puedan hacer sospechar que padece la enfermedad COVID-19 o que ha tenido contacto con un caso confirmado. Tras la lectura y revisión de este cuestionario, el/la deportista/entrenador/a declara que:

- Todas las respuestas verdaderas en este cuestionario de salud son verdaderas y correctas.
- Es conocedor de que cualquier respuesta deshonestas, 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. (BOE nº126, de 6 de mayo de 2020: "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 antes, durante y después de la actividad, pondrá en conocimiento de su Club y de la Federación, cualquier incidencia que modifique la situación actualmente evaluada.

En ..... a ..... de ..... de 20.....

**Fdo. El-La DEPORTISTA/ENTRENADOR-A**

**Padre/madre/Tutor-a/Reptante. Legal<sup>2</sup>**  
(En caso de menores de edad)