

**FORMULARIO DE CONTROL EPIDEMIOLOGICO**

**Fecha entrada en instalaciones. –CIUDAD DEPORTIVA ANDRÉS INIESTA**

**Nombre y Apellidos. - \_\_\_\_\_**

**N.I.F. \_\_\_\_\_**

**Sexo. – Hombre  Mujer**

**Teléfono. - \_\_\_\_\_**

**CUESTIONARIO SANITARIO OBLIGATORIO PARA ACCEDER A LAS INSTALACIONES**

| <b>PREGUNTAS</b> |   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|------------------|---|-----------|-----------|
| <b>1</b>         | <i>¿Tuvo contacto cercano con alguien diagnosticado con la enfermedad COVID-19?</i>                                     |           |           |
| <b>2</b>         | <i>¿Proporcionó atención directa a pacientes de COVID-19?</i>   |           |           |
| <b>3</b>         | <i>¿Visitó o permaneció en un ambiente cerrado con algún paciente con la enfermedad COVID-19?</i>                       |           |           |
| <b>4</b>         | <i>¿Trabajó/estudió de forma cercana o compartiendo el mismo ambiente laboral o de clase con pacientes de COVID-19?</i> |           |           |
| <b>5</b>         | <i>¿Ha viajado con un paciente de COVID-19 en cualquier medio de transporte?</i>  |           |           |
| <b>6</b>         | <i>¿Ha vivido en la misma casa que un paciente COVID-19?</i>  |           |           |

**En el caso de responder <<SI>> a uno o más de los apartados anteriores, por favor detalle datos sobre el lugar y el momento del contacto:**

| <b>Nº</b> | <b>LUGAR</b> | <b>DESCRIPCIÓN</b> |
|-----------|--------------|--------------------|
| 1         |              |                    |
| 2         |              |                    |
| 3         |              |                    |
| 4         |              |                    |
| 5         |              |                    |
| 6         |              |                    |

*Esta información se podrá compartir con las autoridades locales de Salud Pública para permitir un rápido rastreo de contactos si un participante en el evento sufre la enfermedad COVID-19 o llegó en contacto con un caso confirmado*

*Por medio de la firma del presente autorizo al registro de temperatura corporal, adecuado al fin expreso de las medidas preventivas COVID-19 para las actividades del organizador.*

Fdo.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020