

## FORMULARIO DE CONTROL EPIDEMIOLOGICO

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

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

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

**Sexo. – Hombre**  **Mujer**

**Teléfono. -** \_\_\_\_\_

PREGUNTAS	SI	NO
<b>1</b> ¿Tuvo contacto cercano con alguien diagnosticado con la enfermedad COVID-19 en los últimos 14 días?		
<b>2</b> ¿Proporcionó atención directa a pacientes de COVID-19 en los últimos 14 días?		
<b>3</b> ¿Visitó o permaneció en un ambiente cerrado con algún paciente con la enfermedad COVID-19 en los últimos 14 días?		
<b>4</b> ¿Trabajó/estudió de forma cercana o compartiendo el mismo ambiente laboral o de clase con pacientes de COVID-19 en los últimos 14 días?		
<b>5</b> ¿Ha viajado con un paciente de COVID-19 en cualquier medio de transporte en los últimos 14 días?		
<b>6</b> ¿Ha vivido en la misma casa que un paciente COVID-19 en los últimos 14 días?		

**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:**

Nº	LUGAR	DESCRIPCIÓN
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