**CUESTIONARIO PERSONAL** (De uso exclusivo por el Director Médico y personal sanitario)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido 1: | | | Apellido 2: | | |
|  | | |  | | |
| Nombre: |  | | Teléfono móvil: |  | |
| Hotel durante el Campeonato: | |  | Correo electrónico: | |  |
| Dirección completa de alojamiento durante el Campeonato, si no es en algún hotel oficial (Calle, nº, piso, código postal y población) | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Población de residencia Habitual: | Comunidad Autónoma: |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| En su caso, indicar las comunidades Autónomas visitadas los últimos 14 días |  |
| En su caso, indicar los países visitados los últimos 14 días |  |

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Información estado inmunitario del individuo** | | **Con solo una dosis** | **Con la pauta completa** | **NO** |
| **1** | **¿ESTÁ USTED VACUNADO?** | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | **Si, hace menos de 3 meses** | **Si, hace entre**  **3 y 6 meses** | **Si, hace más de 6 meses** | **NO** |
| **2** | **¿HA PASADO USTED EL COVID-19?** |  |  |  |  |

**Lugar y Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DEL INTERESADO/A O DEL TUTOR LEGAL SI ES MENOR DE EDAD**