



CUESTIONARIO DE SALUD (COVID-19) PARA ACTIVIDADES DE FORMACIÓN

Este es un cuestionario para conocer tu estado de salud actual con respecto a la enfermedad producida por el CORONAVIRUS COVID-19. Es fundamental su realización responsable y los datos serán de acceso únicamente para profesionales sanitarios.

NOMBRE y APELLIDOS:

DNI:

FECHA DE NACIMIENTO:

MAIL DE CONTACTO:

TELÉFONO MÓVIL:

Teléfono de un familiar en caso de emergencia:

FECHA al rellenar el cuestionario:

¿Estás vacunado del COVID?

¿Cuándo?

¿Qué tipo de vacuna?

() En el caso de no estar vacunado, debes enviarnos el resultado de una PCR o test de antígenos en las 24-48 h previas a la realización del curso.*

¿Has padecido COVID-19?

¿Cuándo?

¿Has padecido COVID-19 u otra enfermedad en el último mes? sí/no:

En caso afirmativo, ¿dónde te han atendido?:

Alguna persona que conviva contigo, ¿ha padecido la enfermedad en el último mes?

En caso afirmativo, ¿hiciste la cuarentena?:

¿Has estado en contacto con alguna persona que haya dado positivo en el último mes?

En caso afirmativo, ¿hiciste la cuarentena?:

¿Te encuentras en estos momentos bien de salud? sí/no:

En caso de que hayas marcado NO, describe los síntomas que tienes:

Otros comentarios de interés:

Una vez conozcamos la información recibida de todos los alumnos inscritos y la situación sanitaria en el momento de la realización del curso, se valorará la posibilidad de realizar un test de antígenos el día de llegada a todos los alumnos inscritos y profesores que participen.

Declaro que los datos recogidos en este cuestionario son veraces así como que doy por informado que los servicios médicos responsables de las actividades solo van a utilizar esta información médica con fines preventivos, de planificación y para la asistencia sanitaria con motivos de mi participación en la actividad formativa de la Real Federación Española de voleibol a realizar en la ciudad de _____ en la fecha _____

Por todo ello, y conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal, AUTORIZO expresamente al tratamiento de los datos de salud para los servicios médicos referidos, así como la cesión de los mismos, en caso necesario, a los órganos competentes, Sanidad de la Comunidad Autónoma, con la finalidad de garantizar la asistencia médica necesaria durante la participación en el Curso.

Una vez finalizada, los datos serán destruidos aplicando las técnicas establecidas en el RD 1720/2007.

Por lo que firmo el presente consentimiento de cesión de datos referentes a mi salud.

En _____, a ____ de _____ de 2022

Firma: