

ANEXO V
A.- CUESTIONARIO AUTOEVALUACIÓN POR COVID19
 (Propuesta de Formulario de la FBM)

NOMBRE COMPLETO¹	
DNI	
DIRECCIÓN	
CORREO ELECTRÓNICO	
TELÉFONO	

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

	PREGUNTAS	SI	NO
1	¿Has padecido COVID-19 u otra enfermedad respiratoria durante el confinamiento?		
2	¿Has recibido asistencia médica a causa de esta enfermedad?		
3	¿Te han hecho algún test de confirmación de esta enfermedad?		
4	¿Ha dado resultado positivo?		
5	¿Has hecho cuarentena?		
6	¿Has obtenido un resultado negativo en un test antes de reincorporarte a tu vida normal?		
6	¿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		
7	¿Has tenido contacto estrecho con algún paciente positivo confirmado?		
8	¿Has contactado con las autoridades sanitarias para comunicar tus síntomas?		
9	¿Te encuentras bien de salud en estos momentos? Si la respuesta es negativa, indique cual:		
7	<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		
10	En caso de tener alguno de los síntomas, ¿Lo has comunicado a tu Club y FBM?		

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 vertidas 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. Legal²
 (En caso de menores de edad)

ANEXO V
B.- CUESTIONARIO AUTOEVALUACIÓN POR COVID 19
(Modelo de la Comunidad de Madrid)

NOMBRE:	
D.N.I.:	
FEDERACIÓN:	
FECHA:	

¿Has padecido COVID – 19, u otra enfermedad durante el confinamiento?

Durante este periodo de confinamiento has tenido algún síntoma relacionado con el COVID-19

FIEBRE SI ☐ NO ☐

TOS SECA SI ☐ NO ☐

DIFICULTAD SI ☐ NO ☐

DOLOR DE CABEZA SI ☐ NO ☐

Te han hecho algún test de confirmación de la enfermedad

SI ☐ NO ☐

¿Cual?

PCR SI ☐ NO ☐

TEST DE ANTÍGENOS SI ☐ NO ☐

TEST DE INMUNOGLOBULINAS SI ☐ NO ☐

Has necesitado asistencia médica a causa de esta enfermedad

TELEFÓNICA SI ☐ NO ☐

AMBULATORIA SI ☐ NO ☐

HOSPITALARIA SI ☐ NO ☐

UCI SI ☐ NO ☐

Qué tratamiento has recibido:

¿Alguna persona que conviva contigo ha padecido la enfermedad o alguno de los síntomas mencionados con anterioridad?

SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo ¿hiciste cuarentena?

SI ☐ NO ☐

¿Te encuentras en estos momentos bien de salud?

SI ☐ NO ☐

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

Las siguientes preguntas hacen referencia al momento actual y a los 14 días previos al momento en que se realizan las preguntas:

Estado general - ¿Cómo te encuentras en general?

Fiebre y/o escalofríos – Superior a 37,5°C y si reaparece

Tos, expectoración (arrancas mucosidad), hemoptisis (sangre al toser) – seca, persistente, con esputo, con sangre

Trabajo respiratorio o respiración acelerada - Desde cuándo, asociada o no al movimiento, de inicio brusco, si ha mejorado

Diarrea y vómitos – número y consistencia

Mialgias (dolores musculares) y artralgias (dolores articulares) localizadas y erráticas (en diferentes localizaciones)

Dolor pleurítico (localizado entre la piel y el pulmón) – de carácter punzante en el pecho, aumenta al respirar, desde cuando lo tiene

Astenia (cansancio generalizado), anorexia (falta de apetito), odinofagia (dolor en la faringe y hacia los oídos), cefalea (dolor de cabeza) – desde cuando

Anosmia (pérdida o alteración del olfato) o ageusia (pérdida o alteración del gusto)

Rash cutáneo (sarpullido en la piel), eritema en piel (piel enrojecida) u otras manifestaciones dérmicas

Alguna afectación bucal u odontológica durante este periodo

OBSERVACIONES

Tras la lectura y revisión de este cuestionario, el deportista/entrenador declara que:

- Todas las respuestas vertidas 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. (A tal efecto el BOE nº126, de 6 de mayo de 2020, establece que *"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 la Federación, cualquier incidencia que modifique la situación actualmente evaluada.
- Y reafirma su declaración en.....a.....de.....de 2020

FIRMADO ⁽¹⁾ _____

¹ En caso de que el/la deportista sea menor de edad la declaración la deberá firmar el/la Tutor/a.