

ANEXO 1

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE SALUD DE USUARIOS/ATLETAS.

Nombre Completo: _____

Fecha: _____ **Cedula de Identidad:** _____

Número de Celular: _____

1. ¿En los últimos 30 días tuvo síntomas como pérdida del olfato o gusto, fiebre, tos o falta de aire?

Si No

En caso de ser afirmativo desde que fecha: _____

2. ¿Actualmente tiene algún síntoma como pérdida del olfato o gusto, fiebre, tos o falta de aire?

Si No

En caso de ser afirmativo desde que fecha: _____

3. ¿Ha estado en contacto cercano con alguien que pueda tener COVID-19 pero aún no se ha confirmado?

Si No

Comentario: _____

4. ¿Está actualmente en contacto cercano con alguien, como un familiar, que está experimentando síntomas o ha sido confirmado como positivo para COVID-19?

Si No

Comentario: _____

5. ¿Ha viajado internacionalmente o en zonas con alta tasa de confirmados con COVID-19 en los últimos 30 días?

Si No

Comentario: _____

6. Tiene alergias o alguna contraindicación a los protocolos de desinfección? Detállelos.

7. Qué afecciones médicas actualmente está en tratamiento (como enfermedad renal, hepática, respiratoria y cardiovascular crónica)? Detállelos.

**** TENER CONTACTO se define como:**

Estar dentro de aproximadamente (2 metros) de un caso COVID-19 por un período prolongado de tiempo; el contacto puede ocurrir mientras cuida, vive, visita o comparte un área o sala de espera de atención médica con una persona probable o positivo a COVID-19

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, con C.I Nro. _____, de _____ años de edad, con domicilio en las calle _____ de la Ciudad _____ de _____ del Departamento _____

declaro que me han informado y explicado suficientemente los beneficios y posibles riesgos de la práctica del deporte.

Entendiendo que nos encontramos en el curso de la Pandemia por el COV-19, una enfermedad producida por un virus que se contagia de una persona a otra. Incluso a personas que aparentan estar completamente sanas pueden transmitir el virus. Esta enfermedad puede tener complicaciones e inclusive provocar la muerte, Entiendo que ninguna persona puede estar segura de no estar infectada. Además, se me ha explicado claramente que, aunque se tomen absolutamente todas las medidas de bioseguridad recomendadas, no hay seguridad absoluta de que yo no me pueda enfermar. Para disminuir el riesgo los profesionales y todos los funcionarios que estén en contacto conmigo tomaran medidas de protección.

Confirmando que toda la información que me ha proporcionado al recinto deportivo y sus colaboradores es completa y verdadera. Asisto voluntariamente a este recinto deportivo, y declaro que no he tenido signos/síntomas compatibles con el COV-19 en los últimos 15 días. Me encuentro sin tos, dolor de garganta, congestión/secreción nasal, dificultad respiratoria, fiebre, escalofríos, dolores musculares, pérdida del olfato (anosmia) y/o pérdida del gusto (disgeusia). Así mismo declaro que no he tenido contacto con personas sospechosas o confirmadas de COV-19. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínicos actuales. Si llego a tener cualquiera de estas manifestaciones, o entrar en contacto con otra persona que las tuviese, me comprometo a avisar inmediatamente al personal del recinto deportivo.

Nombre completo _____

Firma _____