



## CENTRO DE MEDICINA DEL DEPORTE

Nombre del deportista:

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 RESPIRATORIA SI  NO

DOLOR DE CABEZA SI  NO

Te han hecho algún test de confirmación de la enfermedad

SI  NO

Cual

PCR SI  NO

RESULTADO PCR POSITIVO  NEGATIVO  FECHA:

TEST DE INMUNOGLOBULINAS SI  NO

RESULTADO TEST POSITIVO  NEGATIVO  FECHA:

Has necesitado asistencia médica a causa de esta enfermedad

TELEFÓNICA SI  NO

AMBULATORIA SI  NO

HOSPITALARIA SI  NO

UCI SI  NO

Si has necesitado asistencia médica, ¿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, ¿en qué fecha ocurrió?, ¿hiciste cuarentena?

¿Te encuentras en estos momentos bien de salud?

SI  NO

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

#### OBSERVACIONES

#### NOTAS IMPORTANTES:

ESTE CUESTIONARIO DEBE SER DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADO EN TODOS LOS APARTADOS.

#### DECLARACIÓN POR PARTE DEL DEPORTISTA

“Declaro que todas las respuestas vertidas en este cuestionario de salud son verdaderas y correctas, y soy conocedor de que cualquier respuesta deshonesta podría traer serias implicaciones para mi salud y la de mi entorno. De igual forma me comprometo a que durante mi estancia en el CAR Madrid y/o Residencia Blume que pondré en conocimiento del Centro de Medicina del Deporte cualquier incidencia que modifique la situación clínica actualmente evaluada”.