

CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD DEL DEPORTISTA/ALUMNO.

Este es un cuestionario para conocer tu estado de salud actual con respecto a la enfermedad COVID19 producida por el CORONAVIRUS SARS-COV2, es confidencial y de acceso únicamente para los profesionales sanitarios.

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

TELÉFONO: _____

LOCALIDAD EN LA QUE RESIDE: _____ DEPORTE QUE PRACTICA: Equitación.

CUESTIONARIO GENERAL ENFERMEDAD:

1. ¿Has padecido COVID-19 confirmado/probable? Sí/No

(en caso de NO, pasar al **CUESTIONARIO REFERENTE A LOS ÚLTIMOS 14 DIAS**)

2. ¿Has necesitado asistencia médica a causa de esta enfermedad?

• TELEFÓNICA sí/no: • AMBULATORIA sí/no: • HOSPITALARIA sí/no: • UCI sí/no:

3. Te confirmaron con un test diagnóstico? Sí / No

4. Cuál • PCR sí/no: ___ resultado: _____

• TEST DE ANTÍGENOS sí/no: ___ resultado: _____

• TEST DE INMUNOGLOBULINAS sí/no: ___ resultado: _____

5. ¿Dónde y quién te ha atendido? Centro:

6. ¿Qué síntomas tuviste relacionado con el Covid-19? • FIEBRE sí/no: ___ • TOS SECA sí/no: ___

• DIFICULTAD REPIRATORIA sí/no: ___ • DOLOR DE CABEZA sí/no: ___ OTROS

7. ¿Qué tratamiento has recibido?:

8. ¿Tuviste contacto con alguna persona que haya padecido la enfermedad o alguno de los Síntomas mencionados con anterioridad? sí/no: ___

9. En caso afirmativo ¿Hiciste cuarentena? sí/no: ___ Fecha:

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

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

Firma: _____

(Nombre, Apellidos, DNI del alumno. O padre, madre o tutor legal):

CUESTIONARIO REFERENTE A LOS ULTIMOS 14 DIAS:

Formular/ responder las siguientes preguntas haciendo referencia al momento actual y a los 14 días previos al momento en que se realizan las preguntas:

¿Te han realizado algún test? Sí/ No

¿Cuál?

- PCR sí/no: ___ resultado: _____ • TEST DE ANTÍGENOS sí/no: ___ resultado: _____
- TEST DE INMUNOGLOBULINAS sí/no: ___ resultado: _____

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

SINTOMATOLOGÍA	SI	NO	OBSERVACIONES
Fiebre/escalofríos (>37,5º)			
Tos/expectoración			
Sensación de falta de aire			
Disminución del olfato			
Disminución del gusto			
Dolor de garganta			
Dolores musculares			
Diarrea/Vómitos			
Dolor abdominal			
Dolor de cabeza			
Debilidad general			

En estos últimos 14 días:

¿Has tenido contacto con alguna persona que haya padecido la enfermedad o alguno de los Síntomas mencionados con anterioridad? sí/no: ___ En caso afirmativo ¿Hiciste cuarentena? sí/no: ___ Fecha:

¿Tiene algún otro factor de riesgo o enfermedad? (hipertensión, diabetes, enfermedades cardíacas o pulmonares crónicas, inmunodeficiencias, cáncer en tratamiento, obesidad mórbida...) _____

Se informa: El participante/alumno será considerado caso posible, probable de COVID-19 (según protocolo para Atención Primaria) si ha tenido tres de los síntomas señalados o si tiene pérdida súbita del olfato o gusto junto a algún otro síntoma más. Se llamará a padre/madre/ tutor para que sea atendido por su Médico a su Zona de Salud, o llamando a los teléfonos habilitados en el Principado de Asturias para el Covid-19. Se le debe hacer observar que las personas de su entorno se consideran potencialmente infectadas y que deben someterse también a la observación por su Médico de zona, recordando que el Gobierno define contacto como:

- Cualquier persona que haya proporcionado cuidados mientras el caso presentaba síntomas: trabajadores sanitarios que no han utilizado las medidas de protección, miembros familiares o persona que tengan contacto físico similar
- Convivientes, familiares y personas que hayan estado en el mismo lugar que un caso mientras el caso presentaba síntomas a una distancia menor de 1,5 metros durante un tiempo de al menos 15 min. Informar de dónde y con quién ha pasado o está pasando el confinamiento:
- Sólo, con pareja, con hijos, con abuelos, con mascotas:

Lugar – domicilio particular, residencia, hotel, piso compartido:

Firma: _____
(Nombre, Apellidos, DNI del alumno. O padre, madre o tutor legal):