



ETAPA FINAL – VI COPA DE ESPAÑA DE AGUAS ABIERTAS RFEN

Categorías Élite - Junior/2 - Junior/1 - Infantil - Máster

Organizan: Club Deportivo INACUA Málaga y RFEN

Circuito: Playa de la Misericordia

Málaga, 26 de septiembre de 2021

CUESTIONARIO DE SALUD

Apellidos y Nombre _____

DNI _____

TELÉFONO _____

E_MAIL _____

Cuestionario médico-epidemiológico de la COVID-19

¿Ha presentado durante los últimos 7 días alguno de estos síntomas?: Fiebre de más de 37,5 °C, tos, dificultad respiratoria, dolor de cabeza, dolor de garganta, cansancio extremo, pérdida del olfato, pérdida del gusto, náuseas, vómitos, diarrea, dolor articular o muscular, conjuntivitis, alteraciones y/o manchas en la piel.

NO ☐ SI ☐

¿Ha estado en contacto con alguna persona diagnosticada con COVID-19 en los últimos 14 días?

NO ☐ SI ☐

¿Ha realizado algún tipo de test PCR en los últimos 14 días para detectar la COVID-19?

NO ☐

SI (resultado negativo) ☐

SI (resultado positivo) ☐

¿Ha realizado algún tipo de test ANTÍGENO en los últimos 14 días para detectar la COVID-19?

NO ☐

SI (resultado negativo) ☐

SI (resultado positivo) ☐

¿Ha realizado algún tipo de test INMUNOGLOBULINAS en los últimos 14 días para detectar la COVID-19?

NO ☐ SI ☐

En estos momentos, ¿se encuentra bien de salud?

NO ☐ SI ☐

Formulario de localización personal

Dirección durante la competición _____

Países o comunidades autónomas que visitaste o donde estuviste en los últimos 7 días _____

Responde a la pregunta siguiente en relación con los últimos 14 días ¿Tuvo contacto cercano con alguien diagnosticado con la enfermedad COVID-19? NO ☐ SI ☐

Responde a la pregunta siguiente en relación con los últimos 14 días ¿Proporcionó atención directa a pacientes con COVID-19? NO ☐ SI ☐

Responde a la pregunta siguiente en relación con los últimos 14 días ¿Visitó o permaneció en un ambiente cerrado con algún paciente con la enfermedad COVID-19? NO ☐ SI ☐

Responde a la pregunta siguiente en relación con los últimos 14 días ¿Trabajó o estudió de forma cercana o compartiendo el mismo ambiente laboral o de clase con pacientes con COVID-19? NO ☐ SI ☐

Responde a la pregunta siguiente en relación con los últimos 14 días ¿Ha viajado con un paciente COVID-19 en cualquier medio de transporte? NO ☐ SI ☐

Responde a la pregunta siguiente en relación con los últimos 14 días ¿Ha vivido en la misma casa que un paciente con COVID-19? NO ☐ SI ☐

Declaración de responsabilidad

1.- Que tengo pleno conocimiento y conciencia que la práctica del deporte de la natación en sus diferentes especialidades, tanto en los entrenamientos como en competiciones y concentraciones implica un riesgo de contagio del COVID-19 del cual soy consciente y acepto, en el bien entendido que tendré derecho a poder presentar las reclamaciones oportunas contra aquellas personas que hubieren incumplido las reglas de protección y comunicación establecidas en los protocolos, especialmente cuando haya sido un deportista que hubiere participado en la competición.

2.- Que he leído los protocolos de seguridad y las medidas informativas y de prevención de higiene y de seguridad de la COVID-19 del CSD y de la RFEN, y las acepto cumplir de manera responsable, en su totalidad, con las pautas de conducta y comportamiento que allí se establecen, aceptando que el Responsable de Higiene del evento puede acordar motu proprio mi exclusión de la competición o concentración y de la instalación o zona acotada del espacio deportivo en caso de incumplirlas.

3.- Que soy consciente y acepto que el incumplimiento de las normas del COVID-19 especialmente la no declaración de haber dado positivo o no haber declarado el hecho de haber tenido una relación próxima con personas con síntomas implica una infracción muy grave del reglamento disciplinario que puede llevar como consecuencia una sanción de exclusión de la competición y la pérdida de la licencia deportiva por toda la temporada.

4.- Que no presento sintomatología compatible con el Coronavirus SARS- CoV-2 (fiebre superior o igual a 37,5 grados, tos, malestar general, sensación de falta de aire, pérdida del gusto, dolor de cabeza, fatiga, dolor de cuello, dolor muscular, vómitos, diarrea) o cualquier otro síntoma típico de las infecciones.

5.- Que no he dado positivo o tenido contacto estrecho con alguna persona o personas con sintomatología posible o confirmada de COVID-19 en los últimos 14 días.

6.- Que me comprometo a informar al club y a la Federación (antes de cualquier partido, competición, concentración o actividad) de cualquier síntoma que tenga compatible con el COVID-19, el hecho de haber dado positivo o la existencia de cualquier presunto o confirmado caso de covid-19 en el entorno familiar o próximo y me comprometo a mantener puntualmente informado de la evolución de los mismos a los responsables del club.

7.- Que me comprometo a no iniciar el desplazamiento a ninguna competición o concentración R.F.E.N. en caso de haber estado en contacto alguna persona declarada positiva por test, o con sintomatología pendiente de confirmación, o si no he concluido el periodo de aislamiento o cuarentena recomendado por los servicios médicos de mi club, o por los servicios asistenciales de la sanidad pública o privada, sea cual sea la causa que lo haya motivado.

8.- Que me comprometo a efectuar el aislamiento correcto, incluyendo el uso de mascarilla quirúrgica, ante cualquier inicio de síntomas sea donde sea el inicio de la producción, siguiendo las instrucciones del Jefe Médico de la R.F.E.N., el Responsable de Higiene de la competición o el Delegado de Cumplimiento de Protocolo, en su caso.

9.- Que soy informado en este acto de que la R.F.E.N. me ha recomendado el uso de la herramienta desarrollada por el Gobierno Radar Covid19 para que se active también el protocolo ordinario para mayor control de la pandemia.

10.- El cumplimiento de las normas antes citadas es una responsabilidad individual de cada uno de los participantes y de los clubes participantes en la competición, sin que exista responsabilidad alguna por parte de la Federación

Española de Natación de los contagios que con ocasión de la disputa de la competición o la realización de concentraciones y actividades RFEN se pudieran producir.

Acepto los términos y condiciones del chequeo de salud SI ☒

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Esta información será tratada de manera confidencial y con la exclusiva finalidad de poder adoptarse las medidas necesarias para evitar el contagio y la propagación del virus. Al cumplimentar el presente documento, el abajo firmante otorga el consentimiento expreso para que la R.F.E.N. pueda hacer un tratamiento de estos datos desde el punto de vista estrictamente médico y de prevención. La base jurídica que legitima el tratamiento se basa en el consentimiento y el interés general de conservar la salud de las personas. Los datos podrán ser cedidos a terceras personas participantes en el protocolo de vuelta a la competición y a las autoridades sanitarias en caso de que sea necesario. Al mismo tiempo y con la firma de este documento se declara conocer las medidas específicas de protección e higiene establecidas en el Protocolo del CSD y de la R.F.E.N. cuyas normas son de obligado cumplimiento para los participantes en las competiciones deportivas oficiales de natación y para todos los clubes afiliados a la federación que participan en las mismas. El cumplimiento de las normas antes citadas es una responsabilidad individual de cada uno de los participantes/asistentes y del club o entidad que organiza el encuentro, sin que exista responsabilidad alguna por parte de la R.F.E.N. de los contagios que con ocasión de la celebración de la competición se pudieran producir. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, limitación, portabilidad dirigiéndose a dpo@rfen.es, también tiene derecho a reclamar ante la autoridad de control www.aepd.es.

Acepto los términos y condiciones del chequeo de salud SI ☒

ES DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO COMUNICAR CUALQUIER POSITIVO QUE SE CONOZCA DURANTE LA CELEBRACIÓN DE LA COMPETICIÓN Y EN LAS 72h POSTERIORES A LA FINALIZACIÓN DE LA MISMA A LOS SERVICIOS MÉDICOS DE LA RFEN (jdaguerre@rfen.es) ADEMÁS DE HACERLO A LA AUTORIDAD SANITARIA DE SU COMUNIDAD AUTÓNOMA.

FIRMA

En Málaga, a ____, de Septiembre, de 2021