

CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD DEL DEPORTISTA:

Este es un cuestionario para conocer tu estado de salud actual con respecto a la enfermedad COVID19 producida por el CO RO NAVIRUS SA RS-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: _____

CUESTIONARIO GENERAL ENFERMEDAD:

1. ¿Has padecido COVID-19 confirmado/probable? Sí/No(en caso de NO, pasar al Cuestionario de 14 días previos)
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: _____



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:

Constantes Vitales

- FC – frecuencia cardiaca:
- TA – presión arterial:
- FR – frecuencia respiratoria:
- Tª – temperatura corporal:
- SatO2 - Saturación de Oxígeno, con Pulsioxímetro:

<u>SINTOMATOLOGÍA</u>	SI	NO	<u>OBSERVACIONES</u>
Fiebre/escalofríos (>37,5°)			
Tos/expectoración/hemoptisis			
Disnea/taquipnea			
Dolor de garganta			
Dolor pleural			
Cefalea			
Diarrea/Vómitos			
Dolor abdominal			
Mialgias/Artralgias			
Astenia/Anorexia			
Anosmia/Ageusia			
Rash cutáneo/Urticaria/Otras			
Alteraciones Bucales/odontológicas			



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: _____

¿Tienes algún otro factor de riesgo o enfermedad? (hipertensión, diabetes, enfermedades cardíacas o pulmonares crónicas, cáncer activo en tratamiento, inmunodeficiencias...)

Declaro bajo mi responsabilidad que los datos y las respuestas que he aportado en este cuestionario son ciertas.

Fecha

Firma del deportista

