

Este cuestionario tiene por objeto conocer el estado de salud actual del participante, personal, voluntario y/o colaborador del evento en el marco de la COVID-19. Los datos personales facilitados por el participante a la organización (FTCV) tienen por exclusiva finalidad el cumplimiento de los protocolos sanitarios y de seguridad frente al COVID-19 que se han establecido por dicha entidad en cumplimiento de las recomendaciones y pautas generales marcadas por las autoridades sanitarias. El uso de los datos personales facilitados será realizado por la FTCV y su personal conforme a las normativas de aplicación en materia de protección de datos de carácter personal. El titular de los datos tiene derecho a ejercitar los derechos que se encuentran recogidos en las disposiciones normativas vigentes en materia de protección de datos, debiendo ser, en su caso, ejercitados a través de los cauces y procedimientos previstos expresamente en tales normas.¹

Nombre y apellidos			
Dirección de residencia			
Dirección durante el evento			
Número de teléfono móvil			
Dirección de correo electrónico			
Países/Comunidades Autónomas que has visitado en los últimos 14 días			
Participas en calidad de (rodea lo que corresponda)	Participante / organización / voluntarios / federación y oficiales		
Preguntas relativas a los últimos 14 días			
¿Ha tenido alguna sintomatología relacionada con la COVID-19 o ha estado en contacto cercano (más de 15 minutos a menos de 2 metros de distancia de una persona diagnosticada con la enfermedad o con síntomas de la misma)?			Si
En el caso de que la respuesta afirmativa añadir observaciones			No
¿Ha compartido su vivienda habitual con alguna persona diagnosticada con la COVID-19, ha tenido algún conviviente síntomas de la COVID-19 o ha sido diagnosticado con la enfermedad después de haber permanecido al menos 14 días aislado del resto de convivientes?			
¿Ha estado en cuarentena?			
¿Le han realizado alguna prueba de la COVID-19?			
• PCR (especificar resultado).....)			
• Test serológico cuantitativo por Elisa (especificar resultado).....)			
• Test de antígenos (rápidos) (especificar resultado.....)			
¿Ha necesitado asistencia médica a causa de la COVID-19?			
¿Tiene alguno de los siguientes síntomas o los ha tenido en los últimos 14 días?			
• Tos seca			
• Dolor de cabeza			
• Fatiga			
• Disnea (dificultad respiratoria)			
• Mialgia (dolores musculares)			
• Dolor de garganta			
• Dolor de pecho			
• Congestión nasal / Rinitis			
• Escalofríos			
• Náusea / Vómitos			
• Diarrea			
• Anosmia (pérdida del sentido del olfato) / Disgeusia (pérdida del sentido del gusto)			
• Sabañones / Eritema pemio (picazón, manchas rojas e inflamación especialmente en los dedos de manos y pies)			

Firma y fecha:

¹ Información Básica de Protección de Datos. Responsable: FEDERACION DE TRIATLON Y DEPORTE COMBINADO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA; Finalidad: prestarle los servicios que nos ha solicitado, atender sus solicitudes de información y enviarle comunicaciones comerciales; Legitimación: Ejecución de contrato, Interés legítimo del responsable o Consentimiento del Interesado. Cesiones: No se cederán sus datos a terceros salvo obligación legal.
Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer en lpd@triatlocv.org.
Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en www.triatlocv.org