



CUESTIONARIO DE SALUD ESPECÍFICO COVID-19  
IDENTIFICACIÓN y DETECCIÓN  
**SPECIFIC HEALTH QUESTIONNAIRE COVID-19**  
**IDENTIFICATION and DETECTION**

**Datos del Jugador / Player Data :**

Nombre y Apellido / **First and Last Name:**

\_\_\_\_\_

Edad / **Age:** \_\_\_\_\_ N° Pasaporte / **Passport N°:** \_\_\_\_\_

País de residencia / **Country of residence:** \_\_\_\_\_

Localidad de residencia / **Location of residence:** \_\_\_\_\_

Te solicitamos que responda a unas preguntas en relación con su estado de salud previo al efecto de poder prestarle una atención segura y adaptada a sus condiciones de salud.

**We ask you to answer some questions in relation to your state of health prior to the effect of being able to provide you with care that is safe and adapted to your health conditions.**

1. ¿Tienes fiebre (más de 37,5°C) o la has tenido en los últimos 14 días?  
**Do you have a fever (more than 37.5°C) or have you had it in the last 14 days?**

YES / SÍ  NO

2. ¿Has tenido problemas respiratorios (tos y dificultad respiratoria), mareos o diarrea en los últimos 14 días?  
**Have you had respiratory problems (cough and shortness of breath), dizziness or diarrhea in the last 14 days?**

YES / SÍ  NO



3. ¿Has estado en contacto estrecho (familia, trabajo, visita a establecimientos...) con una persona con los síntomas anteriormente descritos? **Have you been in close contact (family, work, visit to establishments ...) with a person with the symptoms described above?**

YES / SÍ  NO

4. ¿Te han confirmado que has pasado el COVID-19?  
**Have they confirmed that you have passed COVID-19?**

YES / SÍ  NO

5. ¿Te has hecho alguna prueba o test para la detección del COVID-19?  
**Have you had any tests or tests for the detection of COVID-19?**

YES / SÍ  NO

\*En el caso de responder SI a la pregunta 5, debes de adjuntar certificación médica oficial con los resultados de la prueba de COVID -19 realizada.

**\* In the case of answering YES to question 5, you must attach official medical certification with test results COVID -19 performed.**

6. ¿Has estado en contacto con alguna persona que ha sido confirmada de COVID-19? **Have you been in contact with someone who has been confirmed from COVID-19?**

YES / SÍ  NO

7. ¿He acudido en los últimos 14 días a un centro hospitalario?.  
**In the last 14 days, have I been to a hospital center?**

YES / SÍ  NO

8. ¿Alguna persona de tú entorno familiar realiza alguna actividad de riesgo como trabajar en un hospital, residencia de ancianos o un establecimiento en atención al público?  
**Does anyone in your family environment carry out any risky activity, such as working in a hospital, nursing home or a public service establishment?**

YES / SÍ  NO





DECLARACIÓN JURADA  
**SWORN DECLARATION**

Declaro bajo mi responsabilidad, que las respuestas dadas en el presente cuestionario, son verídicas, y que de no ser así después de las correspondientes comprobaciones, el jugador/a podrá ser no admitido en el Winter Camp Levante U.D.

***I declare under my responsibility that the answers given in this questionnaire are true, and that if not, after the corresponding checks, the player may be not admitted to the Winter Camp Levante U.D.***

**Fecha / Date :** \_\_\_\_\_

**Firma padre/madre o tutor**  
**Father/mother or tutor *signature***

