



CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL Y DE COVID-19 PARA LAS ACTIVIDADES FORMATIVAS DE 2021

Datos personales

Nombre y apellidos:	Género: H / M
Fecha de nacimiento ____/____/____	
Domicilio:	
DNI	Tlf. Móvil:
Tlfno (padres):	e-mail (contacto):

Antecedentes familiares (problemas de salud de tu familia inmediata)	SI	NO
¿Alguien de tu familia tiene o ha tenido miocardiopatía, arritmias, infarto de miocardio, tromboembolismo o ha fallecido de corazón o muerte súbita antes de los 50 años?		
Otros enfermedades familiares		

Especificar en caso de **SÍ** _____

Antecedentes personales	SÍ	NO	síntomas recientes y/o actuales	SI	NO
Alergias y/o asma			Dolor en el pecho		
Alergia Látex y/o Yodo			Palpitaciones y/o arritmias		
Intolerancia alimentos			Disnea o fatiga		
Hipertensión			Mareos o síncope		
Hipercolesterolemia			Vértigo		
Diabetes			Migrañas		
Epilepsia			Tos y expectoración		
Enfermedad cardiaca			Pérdida de apetito		
Anemia u otra enf. sangre			Problemas gastrointestinales		
Intervenciones quirúrgicas			Insomnio		
Hospitalizaciones recientes			Problemas visión / audición		
Otras			Otros		

Especifica si alguna respuesta es **SÍ** _____

Vacunas	SI/NO	Vacunas	SI/NO
SARAMPIÓN-RUBEOLA-PAROTIDITIS		HEPATITIS B	
DIFTERIA-TÉTANOS-PERTUSIS		HEPATITIS A	
NEUMOCOCO		MENINGITIS	



Lesiones	SI	NO
Has tenido alguna lesión que te impidió entrenar en el último mes		
Tienes alguna lesión que te impida entrenar con regularidad en la actualidad		
Precisas algún tratamiento específico de fisioterapia		

Especifica si alguna respuesta es **SÍ** _____

Otros	SI	NO
Sigues alguna dieta especial: bajar/subir peso, vegetariana, sin gluten, sin lactosa, ...)?		
Tomas alguna medicina de forma ocasional o regular?		
¿Alguna medicación requiere autorización para uso terapéutico (AUT)?		
Si requieres AUT, ¿Está aprobado su uso por la FIVB o la AEPSAD?		
Tomas algún suplemento (vitaminas, minerales, electrolitos, creatina, aminoácidos, otros)? Indícalos, por favor _____		

Las siguientes preguntas están destinadas a conocer tu estado de salud actual con respecto a la enfermedad producida por el CORONAVIRUS, por lo que es fundamental tu respuesta responsable.

ESPECÍFICO COVID-19	SI	NO
¿Estás vacunado? ¿Cuándo? Fecha: _____ ¿Qué tipo de vacuna?		
¿Has padecido COVID-19? ¿Cuándo? Fecha:		
¿Has padecido COVID-19 u otra enfermedad durante el último mes?:		
En caso afirmativo, dónde te han atendido?		
Centro y especialista:		
¿Alguna persona que conviva contigo ha padecido la enfermedad?:		
En caso afirmativo, ¿hiciste cuarentena?:		
¿Te encuentras en estos momentos bien de salud?		
Durante el último mes, ¿has tenido alguno de los siguientes síntomas?		
Fiebre:		
Tos seca y persistente:		
Dificultad para respirar o respiración acelerada:		
Dolores de cabeza, articulares o musculares:		
Gastroenteritis, diarreas, vómitos:		
Pérdida de olor/sabor:		
Cansancio generalizado:		
Sarpullidos o rojeces en la piel:		



¿Te han hecho algún Test de confirmación del Covid-19?	SI	NO
¿Cuál?		
PCR Resultado: Fechas:		
Test serológicos: Resultado: Fechas:		
Test de antígenos: Resultado: Fechas:		
¿Has necesitado asistencia médica a causa del Covid-19?		
Telefónica:		
Ambulatoria:		
Hospitalaria:		
UCI:		
¿Qué tratamiento has recibido?		

Declaro que los datos recogidos en este formulario son veraces así como que me doy por informado que los servicios médicos responsables de las actividades solo van a utilizar esta información médica con fines preventivos, de planificación y para la asistencia sanitaria con motivos de mi participación en las actividades Formativas de la Real Federación Española de Voleibol en 2021.

Por todo ello, y conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos de carácter personal, autorizo expresamente al tratamiento de los datos de salud por los servicios médicos referidos, así como la cesión de los mismos, en caso que sea necesario, a los órganos competentes, Sanidad de la Comunidad Autónoma, con la finalidad de garantizar la asistencia sanitaria necesaria durante la participación en el Curso.

Una vez finalizada, los datos serán destruidos aplicando las técnicas establecidas en el RD 1720/2007.

Por lo que firmo el presente consentimiento de cesión de datos referentes a mi salud.

En _____, a _____ de _____ de 2021

Firma _____

DNI _____

