



CUESTIONARIO DE SALUD (COVID-19) PARA ACTIVIDADES DE FORMACIÓN

Este es un cuestionario para conocer tu estado de salud actual con respecto a la enfermedad producida por el CORONAVIRUS COVID-19. Es fundamental su realización responsable y los datos serán de acceso únicamente para profesionales sanitarios.

NOMBRE y APELLIDOS:

DNI:

FECHA DE NACIMIENTO:

MAIL DE CONTACTO:

TELÉFONO MÓVIL:

Teléfono de un familiar en caso de emergencia:

FECHA al rellenar el cuestionario:

¿Estás vacunado del COVID?

¿Cuándo?

¿Qué tipo de vacuna?

() En el caso de no estar vacunado, debes enviarnos el resultado de una PCR o test de antígenos en las 24-48 h previas a la realización del curso.*

¿Has padecido COVID-19?

¿Cuándo?

¿Has padecido COVID-19 u otra enfermedad en el último mes? sí/no:

En caso afirmativo, ¿dónde te han atendido?:

Alguna persona que conviva contigo, ¿ha padecido la enfermedad en el último mes?

En caso afirmativo, ¿hiciste la cuarentena?:

¿Has estado en contacto con alguna persona que haya dado positivo en el último mes?

En caso afirmativo, ¿hiciste la cuarentena?:

¿Te encuentras en estos momentos bien de salud? sí/no:

En caso de que hayas marcado NO, describe los síntomas que tienes:

Otros comentarios de interés:

Una vez conozcamos la información recibida de todos los alumnos inscritos y la situación sanitaria en el momento de la realización del curso, se valorará la posibilidad de realizar un test de antígenos el día de llegada a todos los alumnos inscritos y profesores que participen.

Declaro que los datos recogidos en este cuestionario son veraces así como que 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 la actividad formativa de la Real Federación Española de voleibol a realizar en la ciudad de _____ en la fecha _____

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 para los servicios médicos referidos, así como la cesión de los mismos, en caso necesario, a los órganos competentes, Sanidad de la Comunidad Autónoma, con la finalidad de garantizar la asistencia médica 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 2022

Firma:



CLÁUSULA COVID-19 DE INSCRIPCIÓN Y PARTICIPACIÓN

CURSOS Y ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DE LA REAL FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE VOLEIBOL

La crisis sanitaria del COVID-19 hace necesaria la adopción de una serie de medidas tendentes a cumplir los protocolos marcados por las autoridades sanitarias. El establecimiento y cumplimiento de las citadas medidas requiere de una serie de compromisos y formas de actuación por parte, fundamentalmente, de organizadores y participantes.

La lectura y aceptación del presente documento es condición indispensable para tomar parte en las actividades de formación y cursos de la Real Federación Española de Voleibol.

Como participante en el Curso de Estadística: Operador Data Volley organizado por la RFEVB declara y manifiesta:

1. Que es conocedor del protocolo elaborado con ocasión de la crisis sanitaria del COVID-19.
2. Que se compromete a cumplir las directrices o seguir las recomendaciones que se contengan en dicho protocolo, así como las instrucciones que sean dadas por las autoridades deportivas o personal de organización presentes en la actividad deportiva en relación con las medidas para evitar contagios por COVID-19.
3. Que se compromete a no acudir ni tomar parte en el evento en el caso de que padeciese síntomas que pudieran ser compatibles con el contagio del COVID-19. Ello resultará extensivo, igualmente, a los casos en los que los síntomas fuesen sufridos por terceros con las que la persona participante tenga o haya tenido un contacto del que objetivamente pudiera derivarse un contagio.
4. Que, caso de tener conocimiento de estar afectado por el virus del COVID-19, se compromete a no acudir ni tomar parte en el evento en tanto en cuanto las autoridades sanitarias no manifiesten que la participación no ocasiona un riesgo, bien para su persona, bien para el resto de los asistentes con los que pudiera tener contacto.
5. Que tiene el conocimiento, acepta y asume que, en el actual estado, existe un objetivo riesgo de contagio de COVID-19 con las consecuencias que de ello se pudieran derivar para su persona en términos de salud o problemas que, incluso, pudieran ocasionarle la muerte.
6. Que, en caso de resultar contagiado por COVID-19, exonera a la RFEVB, su personal y servicio médico de cualquier responsabilidad en relación con los posibles daños o perjuicios que pudieran derivarse para su persona.
7. Que acepta que si se mostrase por su parte una conducta o comportamiento de inobservancia o incumplimiento de las órdenes e instrucciones del personal técnico y médico en relación con las medidas de seguridad para evitar contagios por COVID-19, podrá ser objeto de exclusión de la concentración por los responsables correspondientes.

Nota: Estas medidas son orientativas y provisionales, se adaptarán a las disposiciones y recomendaciones de las autoridades sanitarias vigentes en el momento del evento, con seguimiento continuo de las medidas adoptadas por la OMS, el Ministerio de Sanidad y las autoridades sanitarias de las Comunidades Autónomas, para reducir el riesgo general de transmisión.

Fdo. Nombre completo, firma y fecha.