

**CUESTIONARIO SANITARIO**

**CLUB DEPORTIVO MANQUEHUE**

**El llenado de este cuestionario es personal y es de responsabilidad exclusiva de la persona que lo completa. Debe ser contestado diariamente y es requisito para poder ingresar al Club.**

**Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.**

**Nº de socio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1- ¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas recientemente (últimas 24 horas)? (si usted tiene fiebre, o tiene dos o más síntomas de los descritos, no debe salir de su casa y avisar a su médico correspondiente):**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Fiebre (temperatura corporal de 37,8 °C o más)  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Tos |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Disnea o dificultad respiratoria |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Dolor toráxico |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Odinofagia o dolor de garganta al comer o tragar fluidos  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Mialgias o dolores musculares |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Calofríos |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Cefalea o dolor de cabeza |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Diarrea |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Pérdida brusca del olfato o anosmia |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Pérdida brusca del gusto o ageusia  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Congestión nasal  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Aumento de la frecuencia respiratoria  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Debilidad general o fatiga  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Anorexia, náuseas o vómitos  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Sin síntomas |

**2- ¿Ha tenido contacto estrecho con una persona confirmada con COVID-19? (si usted ha tenido contacto estrecho, no debe salir de su casa y avisar a la autoridad sanitaria)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  Si |  |  No |

Doy fe de que los datos proporcionados en este formulario son verídicos y que estoy en conocimiento de que, en caso de comprobarse falsedad en la declaración de la causal invocada, para requerir el presente documento, quedará prohibido el acceso a Club Deportivo Manquehue.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Socio