

CUESTIONARIO DE DESCARTE DE SINTOMATOLOGÍA

**Este documento deberá rellenarse antes de comenzar cualquier actividad, y entregárselo al monitor o monitora de su grupo asignado:*

Nombre y apellidos del responsable legal	
DNI del responsable legal	
Correo electrónico	
Teléfono de contacto	
Nombre y apellidos del participante	

<i>Fiebre (Temperatura superior a 37°C) en los últimos 5 días</i>	Sí	No
<i>Tos seca (Últimos 14 días)</i>	Sí	No
<i>Dolor de garganta / picor (Últimos 14 días)</i>	Sí	No
<i>Dificultad para respirar, sensación de opresión en el pecho (Últimos 14 días)</i>	Sí	No
<i>Lesiones violáceas en pies y/o manos, erupciones cutáneas o urticaria (Últimos 14 días)</i>	Sí	No
<i>Dolores musculares o articulares inusuales (Últimos 14 días)</i>	Sí	No
<i>Diarrea y/o vómitos (Últimos 14 días)</i>	Sí	No
<i>Dolor de cabeza intenso (Últimos 14 días)</i>	Sí	No
<i>Pérdida del gusto y el olfato (Últimos 14 días)</i>	Sí	No
<i>¿Ha mantenido contacto estrecho (en el centro escolar, trabajo, familia o amigos) con alguien que haya dado positivo en covid-19?</i>	Sí	No
<i>¿En su entorno diario más cercano hay alguien que haya mantenido contacto estrecho (más de 15 minutos a menos de 2 metros), que haya comenzado recientemente con síntomas respiratorios o fiebre?</i>	Sí	No
<i>¿Se ha realizado alguna prueba de coronavirus en las últimas 48h?</i>	Sí	No
Resultado:	Pos.	Neg.

Tras la lectura y respuesta de este cuestionario el/la interesado/a o en caso de ser menor de edad su padre, madre o tutor/a declara que:

- Todas las respuestas vertidas son verdaderas y correctas
- Es conocedor de que cualquier respuesta que no se ajuste a la verdad podría tener serias implicaciones para su salud y la de su entorno
- Se compromete a que antes, durante y después de la actividad, pondrá en conocimiento a la Asociación Juvenil Biltoki Gazte Elkartea cualquier incidencia que modifique su situación sanitaria.
- El documento podrá ser cedido a las Autoridades Sanitarias para fines investigadores y de rastreo.

En _____, a _____ de _____ de 202__.

Firmado: El/La interesado/a Padre/Madre o Tutor/a _____.

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa de desarrollo, el/la firmante autoriza la utilización de sus datos personales contenidos en los documentos presentados y su tratamiento en un fichero titularidad de la Asociación, con la exclusiva finalidad de la resolución del expediente, así como para gestionar cualquier aspecto relativo a su relación con la Asociación. Quedo enterado/a de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos obrantes en el mencionado fichero, pudiendo ejercer dichos derechos mediante una carta dirigida a la Asociación en la dirección señalada al final de esta solicitud, debidamente firmada, incluyendo su nombre completo, dirección y una fotocopia de su Documento Nacional de Identidad (DNI) o cualquier otro documento válido.