



FEDERACION DE FISIOCULTURISMO Y FITNESS DE CASTILLA Y LEON

FFFCYL

REGISTRO DE MIEMBRO FFFCYL



CAMPEONATO

FECHA

NOMBRE Y APELLIDOS

TEMPERATURA

DNI

TELEFONO

FECHA NACIMIENTO

FUNCION A DESEMPEÑAR

ZONA ASIGNADA

Indicar si en los últimos 14 días:

	Preguntas	SI	NO
1	¿Tuvo contacto cercano con alguien diagnosticado con COVID-19?		
2	¿Proporcionó atención directa a pacientes de COVID-19?		
3	¿Visitó o permaneció en un ambiente cerrado con algún paciente diagnosticado con COVID-19?		
4	¿Trabajo o estudio de forma cercana o compartiendo el mismo ambiente laboral/clase con pacientes diagnosticados con COVID-19?		
5	¿Ha viajado con un paciente diagnosticado con COVID-19 en cualquier medio de transporte?		
6	¿Ha convivido en la misma vivienda que un paciente diagnosticado con COVID-19?		

Esta información se podrá compartir con las autoridades locales de Salud Pública para permitir un rápido rastreo de contagios si un participante en el evento sufre la enfermedad COVID-19 o llegó a estar en contacto con un caso confirmado

FIRMA DEL ASISTENTE