



**SAN ROQUE RUGBY CLUB**  
**DOCUMENTO DE AUTOTEST CLÍNICO**  
**ESCUELA Y ACADEMIA**

**ANEXO 2 DOC. PROTOCOLO COVID-19**

Debe ser cumplimentado y firmado por el jugador o tutor legal

Este formulario debe utilizarse para asegurar que usted no tiene síntomas de COVID-19 y posee un riesgo limitado para los demás.

Nombre y apellidos tal y como aparecen en el Pasaporte u otro Documento de Identidad

\_\_\_\_\_

Número de teléfono:

\_\_\_\_\_

Correo electrónico:

\_\_\_\_\_

	PREGUNTAS	SI	NO	ES POSIBLE
1	¿Ha sido actualmente diagnosticado o cree que puede tener COVID-19?			
2	¿Ha tenido temperatura alta (fiebre) los últimos 14 días?			
3	¿Ha tenido tos nueva y continua los últimos 14 días?			
4	¿Ha tenido nueva falta de aliento inexplicable los últimos 14 días?			
5	¿ha estado con algún caso confirmado o sospechoso de COVID-19 en los últimos 14 días?			
6	¿Te has vacunado contra el COVID?			
7	¿Tienes la pauta completa de la vacunación contra el COVID?			

Si ha contestado SI a alguna de estas preguntas usted debe permanecer en su hogar e informar a su encargado y al médico. Debe cumplir los lineamientos actuales de Salud Pública de su territorio.

Firma del Jugador o tutor

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_