



CUESTIONARIO DE COVID-19 PARA PARTICIPACIÓN DEPORTIVA

Nombre completo del atleta: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Le han diagnosticado COVID-19 alguna vez? SI _____ NO _____

Si la respuesta es NO, no es necesario que responda las siguientes preguntas. Pídale a su padre que firme y feche el formulario a continuación.

Si la respuesta es SÍ, ¿cuándo fue diagnosticado? _____

¿Cómo fue para ti tener COVID-19? Responde a las preguntas a continuación con la ayuda de tu padre o tutor.

¿Presentó fiebre cuando estuvo enfermo de COVID-19? SI _____ NO _____

Si la respuesta es SÍ, ¿por cuántos días presentó fiebre?

Menos de 4 días _____ Más de 4 días _____

¿Tuvo dificultad para respirar cuando estuvo enfermo de COVID-19? (sintió como si alguien estuviera sentado sobre su pecho y le impedía respirar) SI _____ NO _____

¿Tuvo dolor en el pecho cuando estuvo enfermo con COVID-19? SI _____ NO _____

¿Presentó neumonía mientras estuvo enfermo de COVID-19? SI _____ NO _____

¿Fue hospitalizado cuando estuvo enfermo de COVID-19? SI _____ NO _____

** Solo para los padres y/o tutores: Certifico que he revisado las respuestas a este documento con mi hijo y doy fe de que las respuestas son correctas.

Nombre completo del padre:

Firma del padre

Fecha