



REAL FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ESGRIMA
FORMULARIO DE LOCALIZACIÓN PERSONAL

Nombre:			
Teléfono:		Correo electrónico:	
Alojamiento:			
CC.AA. que has visitado en los últimos 7 días:			
Responder a las siguientes preguntas en relación a los últimos 14 días		SI	NO
1	¿Tuvo contacto cercano con alguien diagnosticado con la enfermedad COVID- 19?		
2	¿Proporcionó atención directa a pacientes de COVID- 19?		
3	¿Visitó o permaneció en un ambiente cerrado con algún paciente con la enfermedad COVID-19?		
4	¿Trabajó/estudió de forma cercana o compartiendo el mismo ambiente laboral o de clase con pacientes de COVID-19?		
5	¿Ha viajado con un paciente COVID- 19 en cualquier medio de transporte?		
6	¿Ha vivido en la misma casa que un paciente COVID- 19?		

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

Firmado, en _____ a ____ de _____ de 2020