



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 2021