



**REAL FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ESGRIMA**  
**FORMULARIO DE SEGUIMIENTO SANITARIO PERSONAL**

Nombre:		Edad:	
Teléfono:		Correo electrónico:	
Indicad si se tienen estos síntomas en las últimas 24 horas		SI	NO
SÍNTOMAS	TOS		
	DISNEA		
	CANSANCIO		
	SOMNOLENCIA		
	MOLESTIAS DIGESTIVAS		
	ANOREXIA		
	ALTERACIONES DEL GUSTO		
	DIFICULTADES DEL OLFATO		
	PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS		
	ÚLTIMO ENTRENAMIENTO MAL TOLERADO		

Esta información será tratada de manera confidencial y con la exclusiva finalidad de poder adoptarse las medidas necesarias para evitar el contagio y la propagación del virus. Al cumplimentar el presente documento, el abajo firmante otorga el consentimiento expreso para que la Real Federación de Esgrima pueda hacer un tratamiento de estos datos desde el punto de vista estrictamente médico y de prevención.

Firmado, en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021