

## ANEXO " B "

### CUESTIONARIO DIARIO DE INGRESO COVID-19

El llenado de este cuestionario es personal y es de responsabilidad exclusiva del participante y del padre o madre que lo refrenda. Debe ser contestado diariamente y es requisito para poder ingresar al recinto deportivo asignado.

Recuerde que, acorde a las autoridades sanitarias, de tener síntomas relacionados a COVID-19 o de haber tenido contacto estrecho no debe salir de su residencia.

Nombre Completo: \_\_\_\_\_.

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

RUT: \_\_\_\_\_.

1- ¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas recientemente (últimas 24 horas)? (si usted tiene fiebre, o tiene dos o más síntomas de los descritos, no debe salir de su casa y avisar a su médico correspondiente):

- Fiebre (temperatura corporal de 37,8 °C o más).
- Tos.
- Disnea o dificultad respiratoria.
- Dolor torácico.
- Odinofagia o dolor de garganta al comer o tragar fluidos.
- Mialgias o dolores musculares.
- Calofríos.
- Cefalea o dolor de cabeza.
- Diarrea.
- Pérdida brusca del olfato o anosmia.
- Pérdida brusca del gusto o ageusia.
- Sin síntomas.

2- ¿Ha tenido contacto estrecho con una persona confirmada con COVID-19? (si usted ha tenido contacto estrecho, no debe salir de su casa y avisar a la autoridad sanitaria)

- Sí
- No

Firma Padre o Madre

Firma Participante