



FEDERACIÓN ORNITOLÓGICA CULTURAL SILVESTRISTA ESPAÑOLA

FORMULARIO DE LOCALIZACION PERSONAL ANTI COVID

A rellenar por todos los participantes del concurso

Nombre y Apellidos tal como aparece en el documento de identidad o pasaporte

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Países / CCAA que visitaste o donde estuviste en los últimos 14 días

	PREGUNTAS	SI	NO
1	¿Tubo contacto cercano con alguien diagnosticado con la enfermedad COVID-19?		
2	¿Proporciono atención directa a pacientes de COVID-19?		
3	¿Visitó o permaneció en un ambiente cerrado con algún paciente con la enfermedad COVID-19?		
4	¿Trabajo/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	¿Vive, o ha vivido en la misma casa que un paciente COVID-19?		
7	¿Estas VACUNADO contra el COVID-19?		
8	Si estas VACUNADO especifica con cuantas dosis 1 o 2		

Esta información se podrá compartir con las autoridades locales de salud pública para permitir un rápido rastreo de contactos si un paciente en el evento sufre la enfermedad COVID-19, o llegó a estar en contacto con un caso confirmado.

Por medio de la firma del presente documento, autorizo al registro de temperatura corporal, adecuado al fin expreso de las medidas de prevención COVID-19 para los concursos de canto de pájaros **F.O.C.S.E.**

En _____ a _____ de _____ de 20____

FIRMADO