



Formulario de Localización Personal (FLP)

- **Nombre** tal como aparecen en DNI o en el Pasaporte u otro documento de identidad válido:
- **Dirección** durante la competición (calle/apartamento/ciudad/número postal/país):
- **DNI:**
- **Número de teléfono:**
- **Correo electrónico:**
- **Países/CCAA** que visitaste o donde estuviste en los últimos **7 días**:

Responder a las preguntas siguientes en relación con 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 20__



Calle Oaxaca 4, bajo Cáceres 10005 | 927 62 93 26 | info@caceres2016-basket.com

