

Este cuestionario es con la finalidad de **garantizar la seguridad física** de todos nuestros usuarios ante la pandemia de COVID 19 y evitar los contagios dentro de nuestras instalaciones. La información aquí proporcionada es confidencial y será integrada al expediente de su membresía y está protegida con nuestros Avisos de Privacidad Internos. **Es necesario elaborar el cuestionario de salud por cada uno de los integrantes de su membresía** e indique con una X su(s) respuesta(s).

Nombre: _____ N° de Membresía: _____

Titular de la membresía: _____

Tutor (en caso de ser menor de edad): _____

Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____ Fecha: _____

CUESTIONARIO

1.- Presenta usted alguna enfermedad crónica como:

() Hipertensión

() Diabetes

() Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

() Enfermedad Cardiovascular

() Inmunosupresión (Cáncer, lupus, etc).

Otra (indique cuál): _____

2. Presenta usted sobrepeso y obesidad: **Si** () **No** ()

3. Si es usted mujer ¿esta embarazada o sospecha estar embarazada?: **Si** () **No** ()

3.1.- Si es usted mujer ¿se encuentra en periodo de lactancia?: **Si** () **No** ()

4.- En los últimos 7 días ¿ha presentado usted alguno de los siguientes síntomas? (puede marcar más de uno):

() Fiebre

() Secreción nasal

() Dolor de garganta

() Tos seca

() Dolor muscular

() Dificultad respiratoria

() Dolor de cabeza

() Ojos Irritados

5.- ¿Ha estado en contacto con personas que diagnosticaron con Covid-19?: **Si** () **No** ()

5.1.- ¿Ha estado en contacto con personas que sospechan tener Covid-19?: **Si** () **No** ()

6.- ¿Se ha realizado alguna prueba para detectar si tiene Covid-19?: **Si** () **No** () **Fecha de la prueba:** _____

6.1.- ¿Fue usted diagnosticado con Covid-19?: **Si** () **No** ()

7.- Afirmo usted estar en condiciones optimas de salud para utilizar las instalaciones y equipo de Club Mundet: **Si** () **No** ()

7.1.- En caso de ser menor de edad autoriza a su hijo a usar las instalaciones y equipo de Club Mundet. Y afirma usted que su hijo está en condiciones optimas de salud: **Si** () **No** ()

Afirmo que mis respuestas en este cuestionario son verdaderas y deslindo a Parque Arturo Mundet A.C de cualquier asunto relacionado con mi salud o con la de mi hijo(a). Así mismo me responsabilizo del uso que le dé a las instalaciones y equipo que se encuentra en el Parque durante mi permanencia en el lugar y me apegó a los protocolos y reglamentos de seguridad y salud que emita el Parque y las instituciones gubernamentales.

ATTE.

Nombre y Firma: _____

Tutor: _____

Nombre del Menor: _____