

NOTIFICACIÓN DE INCIDENCIA COVID-19			
Sospecha		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Club:		Fecha notificación:	
Datos de la persona que lo notifica:			
Nombre y apellidos:			
Teléfono:			
Cargo en el club:			
Mail:			
Haz un resumen lo más detallado posible de la incidencia:			
¿Se ha notificado a la autoridad sanitaria?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿A cuál?		¿En qué fecha?	
Si ha recibido respuesta o instrucciones de la autoridad sanitaria, copia/pegue la respuesta recibida y en su defecto reseñe lo que le han informado de forma oral:			
Filiación del deportista			
Nombre y apellidos:			
Categoría:			
Sintomatología:			
Fecha de inicio de síntomas:			
Fecha último contacto con el equipo:			
Fecha realización PCR:		Fecha resultado PCR:	
		Positivo:	Negativo:
Se ha confinado al equipo:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Próximo partido:			
¿Se solicita aplazamiento?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	