

DESCRIPCION DE LA MISION DE CONTROL / SAMPLE MISION DESCRIPTION.

Nombre y apellidos del deportista / Family and given name of the athlete

Código de misión ADAMS / ADAMS mission code

Fecha / Date

Hora / Time

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

CUESTIONARIO / QUESTIONNAIRE

- 1. ¿Está usted diagnosticado Enfermedad por Coronavirus COVID 19 o convive con alguien diagnosticado, y por ello está sometido actualmente a aislamiento?**

Are you diagnosed with Coronavirus COVID 19 disease or do you live with someone diagnosed, and are you currently undergoing isolation?

NO

SI

Fecha de inicio del aislamiento: _____

En caso de respuesta **(SI)**, el deportista **NO** será sometido a control de dopaje, no obstante, este hecho no le libera de continuar con su deber de localizarse. Además, en un plazo no superior a 10 días debe aportar toda la información que avale su estado, para ello deberá enviar informe médico a caut@aeapsad.gob.es

- 2. ¿Ha presentado en los últimos 14 días alguno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, dificultad respiratoria, perdida de gusto y olfato, ¿mialgias, diarreas, dolor de garganta?**

Have you had any of the following symptoms in the last 14 days: fever, cough, shortness of breath, loss of taste and smell, myalgia, diarrhoea, sore throat?

NO

SI

Fecha inicio de los síntomas: _____

¿Mantiene los mismos síntomas?:

En caso de respuesta **(SI)**, el deportista **NO** será sometido a control de dopaje, no obstante, este hecho no le libera de continuar con su deber de localizarse. Además, en un plazo no superior a 10 días debe aportar toda la información que avale su estado, para ello deberá enviar informe médico a caut@aeapsad.gob.es.

3. ¿Ha tenido contacto estrecho en los 14 días previos con personas diagnosticadas de enfermedad por Coronavirus COVID 19?

Have you had close contact in the previous 14 days with people diagnosed with Coronavirus COVID 19 disease?

NO

SI

Fecha de contacto: _____

En caso de respuesta **(SI)**, el deportista será sometido a control de dopaje, no obstante, se deberán extremar las condiciones de prevención, y en caso de haber sido solicitado control sanguíneo, este será cancelado. El Agente de control deberá dejar constancia de este hecho en el formulario de control de dopaje.

4. ¿En el momento actual, usted o alguna de las personas que conviven con usted, se encuentran en cuarentena por contactos con enfermos COVID 19?

At the present time, are you or any of the people who live with you in quarantine for contacts with COVID 19 patients?

NO

SI

Fecha de inicio: _____

En caso de respuesta **(SI)**, el deportista será sometido a control de dopaje, no obstante, se deberán extremar las condiciones de prevención, y en caso de haber sido solicitado control sanguíneo, este será cancelado. El Agente de control deberá dejar constancia de este hecho en el formulario de control de dopaje.

5. ¿Forma usted o alguien en el domicilio parte del grupo demográfico de “riesgo”?

Are you or someone in the household part of the “risk” demographic?

NO

SI

INDIQUE LA SITUACIÓN:

En caso de respuesta (SI), el deportista será sometido a control de dopaje, no obstante, se deberán extremar las condiciones de prevención.

CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN/CONFIRMATION OF THE INFORMATION

Atendiendo a las respuestas del cuestionario y a las circunstancias relatadas, ¿el control se efectuará? *Based on the questionnaire responses and the circumstances reported, will the control be carried out?*

- SI
 NO

Nombre y apellidos del agente de control

Firma

--	--

DECLARACIÓN DEL DEPORTISTA / ATHLETE'S DECLARATION

Declaro que la información que he proporcionado en este documento es correcta. El OCD me ha informado de que cualquier información falsa provista puede constituir una violación de las normas anti-dopaje y la Organización Anti-Dopaje responsable podría aplicar una sanción. Doy mi consentimiento para el procesamiento de mis datos personales de acuerdo con el Estándar Internacional para la Protección de la Privacidad y la Información Personal (ISPPPI) de la AMA.

I declare that the information I have given on this document is correct. I have been informed by the DCO that any false information provided may constitute an antidoping rule violation and a sanction could be applied by the responsible Anti-Doping Organisation. I consent to the processing of my personal data according to the International Standard for the Protection of Privacy and Personnel Information (ISPPPI) from WADA.

Nombre y apellidos del deportista

Firma

--	--