**INFORME SANITARIO, EXPOSICIONES TEMPORADA 2010-2021.**

**FEDERACION DE CRIADORES DE CABALLOS RAZA CHILENA**

*Este documento debe ser completado por todos y cada una de las personas que asistan a la o las exposiciones que se realicen en el país criador mientras estemos en Pandemia, y la deben completar todos independiente el trabajo y/o desempeño que estos tengan en la actividad, será el presidente de la asociación organizadora quien velara por el cumplimiento de esto. Esta es de carácter obligatorio y excluyente, personal y es considerada una declaración Jurada.*

*Esta información debe ser registrada por el presidente de la Asociación organizadora de la exposición ya sea por manera física o virtual y enviada a la FCCRCH una vez finalizada la Exposición.*

**INFORMACIÓN PERSONAL:**

* NOMBRES:
* APELLIDOS:
* RUT:
* DOMICILIO:
* COMUNA:
* TELEFONO
* *EMAIL:*

**MARCAR CON UNA X DONDE CORRESPONDA:**

**1.- Ha tenido contacto con alguna persona diagnosticada por Covid-19 en los últimos 14 días?**

**SI: \_\_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_\_**

**2.- Ha tenido contacto directo con una persona que haya estado en cuarentena preventiva por COVID-19 en los últimos 14 días?**

**SI: \_\_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_\_**

**3.- Ha regresado del extranjero en los últimos 14 días?**

**SI: \_\_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_\_**

**4.- Si ha presentado alguno de los siguientes síntomas en la última semana MARQUE CON UNA X?**

* **Tos SI: \_\_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_\_**
* **Secreciones Bronquiales SI: \_\_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_\_**
* **Cefalea SI: \_\_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_\_**
* **Fiebre SI: \_\_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_\_**
* **Dolores Musculares SI: \_\_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_\_**
* **Náuseas y/o Vómitos SI: \_\_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_\_**
* **Diarrea SI: \_\_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_\_**
* **Pérdida del Olfato y/o Gusto SI: \_\_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_\_**

**EN CASO QUE ALGUNA DE LA PREGINTAS ANTERIORES SE MARCADA CON UN “SI” SE DEBE ACTIVAR EL PROTOCOLO COVID-19**