

ANEXO

Formulario de salud pública para localizar a los pasajeros: Para proteger su salud, los funcionarios de salud pública necesitan que usted conteste este formulario cuando sospechen la existencia de una enfermedad contagiosa a bordo de un vuelo. La información que proporcione ayudará a los funcionarios de salud pública a ponerse en contacto con usted en caso de que haya estado expuesto a una enfermedad contagiosa. Es importante que conteste este formulario en forma completa y exacta. La información solicitada se conservará de conformidad con la legislación aplicable y se utilizará exclusivamente para fines de salud pública.

"Gracias por ayudarnos a proteger su salud".

Cada pasajero deberá contestar un formulario. Escribir en MAYÚSCULAS. Dejar casillas en blanco para los espacios entre palabras.

INFORMACIÓN DE VUELO:

1. Línea aérea	2. Núm. de vuelo	3. Núm. de asiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Fecha de llegada (aaaa/mm/dd)		
<input type="text"/>		

INFORMACIÓN PERSONAL:

5. Apellido	6. Nombre de pila	7. Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
8. Número Pasaporte/DNI/NIE		
<input type="text"/>		

NÚMERO(S) DE TELÉFONO donde se le puede encontrar, de ser necesario. Incluir el código del país y de la ciudad.

9. Móvil	10. Otro
<input type="text"/>	<input type="text"/>

11. Correo electrónico

DIRECCIÓN PERMANENTE:

12. Número y calle (Separar con una casilla vacía, los números y el nombre de la calle)	13. Núm. de apto/piso
<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Ciudad	15. Estado/Provincia
<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. País	17. Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>

DIRECCIÓN ESTANCIA: Si es visitante, sólo escriba el lugar que visitará primero.

18. Nombre del hotel (si es el caso)	19. Número y nombre de la calle (separar con una casilla vacía, los números y el nombre de la calle)	20. Núm. de apto/piso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
21. Ciudad	22. Estado/Provincia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
23. País	24. Código postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

CUESTIONARIO SANITARIO OBLIGATORIO PARA ENTRAR EN ESPAÑA

EN RELACIÓN CON LA EMERGENCIA SANITARIA DECLARADA POR EL COVID-19, es obligatorio que responda a las siguientes preguntas. Si es necesario se realizará una evaluación médica a su llegada.

25. ¿Ha tenido contacto con un caso confirmado de enfermedad por nuevo coronavirus (COVID-19) en los últimos 14 días?

SI NO

26. ¿Usted presenta fiebre, tos o dificultad respiratoria?. Por favor, marque con una X el o los síntomas que presenta.

SI NO Fiebre Dificultad respiratoria Tos

27. ¿Ha acudido/visitado un hospital en los últimos 14 días?

SI NO

