

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



ANTECEDENTES DE VIAJES

28. Por favor indique, todos los países por los que ha viajado/transitado en los últimos 14 días

(1)																													
(2)																													
(3)																													
(4)																													

29. ¿Ha visitado algún mercado de animales vivos, en los últimos 14 días?
 SI NO

30. Motivo del viaje. Por favor, marque una opción

Turismo Trabajo Visita Familiar Misión Especial Cooperación

Me comprometo a que si durante los 14 días posteriores a la entrada en España presento síntomas de infección respiratoria aguda (fiebre, tos o dificultad respiratoria), me auto aislaré en el domicilio/lugar de residencia, realizando una auto vigilancia de los síntomas del coronavirus y me pondré en contacto telefónicamente con las autoridades sanitarias competentes

Me comprometo a llevar a cabo aquellas indicaciones y medidas que me indiquen las autoridades sanitarias.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente declaración responsable.

Fdo:

Fecha: