

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".

Un miembro adulto de cada familia 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	4. Fecha de llegada (aaaa/mm/dd)
			2 0

INFORMACIÓN PERSONAL:

5. Apellido	6. Nombre de pila	7. Inicial	8. Sexo
			Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>

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

9. Móvil	10. Trabajo
11. Domicilio	12. Otro
13. Correo electrónico	

DIRECCIÓN PERMANENTE:

14. Número y calle (Separar con una casilla vacía, los números y el nombre de la calle)	15. Núm. de apto/piso

16. Ciudad	17. Estado/Provincia

18. País	19. Código postal

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

20. Nombre del hotel (si es el caso)	21. Número y nombre de la calle (separar con una casilla vacía, los números y el nombre de la calle)	22. Núm. de apto/piso

23. Ciudad	24. Estado/Provincia

25. País	26. Código postal

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA CASOS DE URGENCIA, de la persona que pueda ponerse en contacto con usted en los próximos 30 días.

27. Apellido	28. Nombre de pila	29. Ciudad

30. País	31. Correo electrónico

32. Número de teléfono móvil	33. Otro número de teléfono

34. COMPAÑEROS DE VIAJE — MIEMBROS DE LA FAMILIA: Incluir la edad solamente si es menor de 18 años.

Apellido	Nombre de pila	Núm. asiento	Edad <18
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			

35. COMPAÑEROS DE VIAJE — NO MIEMBROS DE LA FAMILIA: También incluir el nombre del grupo (si es el caso).

Apellido	Nombre de pila	Grupo (tour, equipo, empresa, otros)
(1)		
(2)		

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.

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

SI NO

37. ¿Usted o alguno de sus familiares/acompañantes presenta fiebre, tos o dificultad respiratoria?. Por favor, indique los datos de la persona o personas que presentan los síntomas anteriormente indicados y marque con una X el o los síntoma/s que presenta.

SI NO

Apellido	Nombre de pila	Fiebre	Tos	Dificultad respiratoria
(1) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. ¿Usted o alguno de sus familiares/acompañantes ha acudido/visitado un hospital en los últimos 14 días?

SI NO

ANTECEDENTE DE VIAJE

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

(1)	<input type="text"/>
(2)	<input type="text"/>
(3)	<input type="text"/>
(4)	<input type="text"/>

40. ¿Ha visitado algún mercado de animales vivos, en los últimos 14 días?

SI NO

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

Turismo Trabajo Visita Familiar Misión Especial Cooperación

Me comprometo a realizar cuarentena domiciliar durante los 14 días posteriores a la entrada en España, realizando una auto vigilancia de los síntomas del coronavirus, especialmente síntomas de infección respiratoria aguda (fiebre, tos o dificultad respiratoria) y si presento alguno de ellos me pondré en contacto telefónico con las autoridades sanitarias competentes de mi comunidad autónoma.

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 con fecha:

Fdo:

42. Número de Pasaporte/DNI/NIE

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

Sus datos personales serán tratados de acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos datos y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales y otras reglamentaciones relacionadas.