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 ☐ Femenino ☐

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)					
(2)					
(3)					
(4)					

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)
(2)
(3)
(4)

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

SI ☐ NO ☐

41. Motivo del viaje. Por favor, marque unaopción

Turismo ☐ Trabajo ☐ Visita Familiar ☐ Misión Especial ☐ Cooperación ☐

Me comprometo a realizar cuarentena domiciliaria 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

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 la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales y otras reglamentaciones relacionadas.