

FORMULARIO DE AUTODECLARACIÓN SANITARIA DE COVID-19 PARA PÚBLICO PASAJERO

Propuesta – Incluir la presente declaración sanitaria en el dorso del formulario actual de salud pública para localizar a pasajeras y pasajeros.

FORMULARIO DE AUTODECLARACIÓN SANITARIA DE COVID-19 PARA PÚBLICO PASAJERO									
<p>Finalidad del formulario:</p> <p>El presente formulario tiene por objeto agilizar la labor de las autoridades de salud pública facilitando el suministro, por parte de las pasajeras y pasajeros a la llegada, de información relevante sobre su estado de salud, en particular en relación con la COVID-19.</p> <p>La información ha de ser proporcionada por una sola persona adulta por grupo familiar o grupo de viaje.</p> <p>Aun cuando haya completado el formulario, cualquier pasajera o pasajero podrá ser sometida/o a otros controles por las autoridades de salud pública como parte de un dispositivo de prevención con controles múltiples.</p> <p>La información solicitada se conservará de conformidad con la legislación aplicable y se utilizará exclusivamente para fines de salud pública.</p>									
<p>1. Información sobre la persona que viaja:</p> <p>Nombre(s): <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Apellido(s): <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): <input style="width: 20%;" type="text"/></p> <p>Número del documento de viaje y país expedidor: <input style="width: 50%;" type="text"/> <input style="width: 50%;" type="text"/></p> <p>País de residencia: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Puerto de origen: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>									
<p>2. Durante los últimos 14 días, ¿ha tenido usted, o alguna persona de su grupo de viaje, un contacto cercano (contacto frente a frente durante más de 15 minutos o contacto físico directo) con alguien que presentaba síntomas que sugirieran contagio de la COVID-19? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>									
<p>3. ¿Ha tenido usted, o alguna persona de su grupo de viaje, alguno de los siguientes síntomas en los últimos 14 días?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">Fiebre</td> <td style="width: 25%;">Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Dificultad para respirar</td> <td style="width: 25%;">Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tos</td> <td>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> <td>Pérdida repentina del sentido del gusto o del olfato</td> <td>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Fiebre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pérdida repentina del sentido del gusto o del olfato	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fiebre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
Tos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pérdida repentina del sentido del gusto o del olfato	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
<p>4. ¿Ha tenido usted, o alguna persona de su grupo de viaje, una prueba de diagnóstico de COVID-19 con resultado positivo en los últimos 3 días? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Adjuntar el informe con el resultado, si lo tiene.</p>									
<p>5. Sírvase indicar todos los países y ciudades que usted y su grupo de viaje hayan visitado o atravesado en los últimos 14 días (incluidos los puertos y aeropuertos), mencionando las fechas de su visita. Comience por el país más reciente.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>									
<p><i>Para más información sobre las sanciones relacionadas con el suministro de información falsa en el presente formulario, puede consultarse la legislación nacional aplicable y/o a las autoridades sanitarias locales.</i></p>									
<p>Firma:</p> <p>Fecha:</p>									