

ANEXO 1

Formulario de control sanitario - vía marítima

Formulario INDIVIDUAL obligatorio para TODOS los pasajeros que entren en España. Escribir en MAYÚSCULAS. Dejar casillas en blanco para los espacios entre palabras

INFORMACIÓN DEL BARCO DE LLEGADA A ESPAÑA:

1. Nombre de la compañía naviera 2. Nombre del buque

--	--

3. Nº de asiento / camarote 4. Fecha de llegada (aaaa/mm/dd)

	2 0
--	-----

INFORMACIÓN PERSONAL:

5. Apellido 6. Nombre de pila 7. Sexo

		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
--	--	--

8. Número Pasaporte/DNI/NIE

--

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

--	--

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

--	--

14. Ciudad 15. Estado/Provincia

--	--

16. País 17. Código postal

--	--

DIRECCIÓN ESTANCIA EN ESPAÑA: por favor, escriba sólo 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

--	--	--

21. Ciudad 22. Código Postal

--	--

23. Provincia 24. Comunidad Autónoma

--	--

CUESTIONARIO SANITARIO OBLIGATORIO PARA ENTRAR EN ESPAÑA

EN RELACION 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

└──

└── V2



27. ¿Ha acudido/visitado un hospital en los últimos 14 días? En caso de haber respondido SÍ, por favor, marque con una "X" la opción que mejor describe esta visita.

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Trabajador hospitalario en contacto con COVID-19	<input type="checkbox"/>	Visita por sospecha COVID-19	<input type="checkbox"/>
				Trabajador hospitalario sin contacto con COVID-19	<input type="checkbox"/>	Visita por otros motivos	<input type="checkbox"/>

28. ¿Tiene un certificado de resultado negativo de una prueba PCR (COVID-19) realizada en las 72h anteriores a su llegada a España? (a su llegada se le puede exigir que presente el certificado del resultado)

SI NO

ANTECEDENTES DE VIAJES

29. Por favor, indique el país de inicio de su viaje

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

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

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

Turismo	Trabajo	Visita Familiar	Misión Especial	Cooperación	Otro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DECLARACIÓN RESPONSABLE

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, confirmo la veracidad de la información proporcionada.

Marcar para aceptar:

Fecha (aaaa/mm/dd):

2	0								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

En cumplimiento de lo establecido en el Real Decreto-ley 23/2020, de 23 de junio y de la Resolución de 11 de noviembre de 2020, de la Dirección General de Salud Pública, todos los pasajeros con origen en cualquier puerto situado fuera del territorio español deberán cumplimentar el presente formulario. Sus datos personales serán tratados de acuerdo con el Reglamento (UE) 2018/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2018, 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.

V2