



CUESTIONARIO DE SALUD DEL PASAJERO (COVID-19)

Nombre Apellidos
Fecha nacimiento Edad

RESIDENCIA ORIGEN

Dirección CP
Municipio Isla País
Correo electrónico Teléfono

RESIDENCIA DESTINO

Dirección CP
Localidad Isla País

INFORMACIÓN CLÍNICA

	N/S	No	Sí
¿Ha tomado medicamento para la fiebre durante las últimas 24 horas?			
Neumonía (RX o evidencia clínica)			
Dificultad respiratoria			
Fiebre			
Tos			

OBSERVACIONES

Declaro, bajo mi responsabilidad, la veracidad de los datos proporcionados.

Fecha y firma: _____

Información sobre protección de datos personales. De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y la legislación vigente en materia de protección de datos, se informa del tratamiento de los datos personales que contiene este cuestionario.

Finalidad del tratamiento. Seguimiento actuaciones para garantizar el control y la seguridad de la población, en relación al Real Decreto 464/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Responsable del tratamiento. Dirección General de Salud Pública y Participación.