 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | | | | | | | | | | | | |