



## CUESTIONARIO DE SALUD DEL PASAJERO DE PUERTOS (COVID-19)

Nombre y apellidos: .....

N.º DNI/NIF/NIE: ..... Edad: .....

Dirección electrónica: ..... Teléfono de contacto: .....

### RESIDENCIA EN DESTINO (solo pasajeros)

Dirección: ..... Municipio: ..... Código postal: .....

Isla: ..... País: .....

PUERTO DE DESEMBARQUE (solo transportistas): .....

### PAÍS DE ORIGEN DEL INICIO DEL TRAYECTO (especifique uno los países de tránsito, hasta llegar a las Illes Balears)

.....

### INFORMACIÓN CLÍNICA

	Sí	No
¿Ha tomado medicamento para la fiebre durante las últimas 24 h.?		
Dificultad respiratoria		
Fiebre		
Tos		
Otros síntomas sospechosos de infección por SARS-CoV-2: dolor de garganta al tragar, pérdida del sentido del gusto, pérdida del sentido del olfato, dolores musculares, diarreas, dolor torácico o cefaleas, entre otros		

### OBSERVACIONES

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

Fecha y firma: \_\_\_\_\_

Además, si el pasajero presenta algún síntoma de los detallados en la información clínica,

Declaro, bajo mi responsabilidad, que llevaré a cabo todas las indicaciones sanitarias pertinentes .

Fecha y firma: \_\_\_\_\_