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 VUELO DE LLEGADA A ESPAÑA:

1. Línea aérea

2. Núm. de vuelo

3. Núm. de asiento

4. Fecha de llegada (aaaa/mm/dd)

2 0

INFORMACIÓN PERSONAL:

5. Apellido

6. Nombre de pila

7. Sexo

☐ Masculino ☐ 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 RELACIÓN 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 síntoma/s que presenta.

SI ☐ NO ☐ Fiebre ☐ Dificultad respiratoria ☐ Tos ☐

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 ☐ NO ☐

Trabajador hospitalario en contacto con COVID-19 ☐ Visita por sospecha COVID-19 ☐

Trabajador hospitalario sin contacto con COVID-19 ☐ Visita por otros motivos ☐

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 ☐

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 aeropuerto situado fuera del territorio español deberán cumplimentar el presente formulario. Sus datos personales serán tratados de acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, 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.