



Formulario de evaluación del estado de salud

DECLARACIÓN PÚBLICA DE SALUD DEL VIAJERO

Conserve este formulario de evaluación del estado de salud junto con sus documentos de viaje, porque pueden pedirselo durante su viaje y en su destino. Deberá mostrar esta declaración cuando embarque. El personal del aeropuerto y las autoridades médicas designadas en el aeropuerto pueden pedirle que muestre esta declaración.

La información se recopila como parte de la respuesta sanitaria pública a la epidemia de COVID-19. De acuerdo con las leyes y reglamentos de los Países Bajos, la información puede ser utilizada por las autoridades de salud pública. Deben completar el formulario todos los viajeros a partir de los 13 años de edad.

Las siguientes preguntas deben contestarse con “sí” o “no”.

| | | Sí | No |
|----------|---|----|----|
| 1 | ¿Existen sospechas de que usted (o la persona para la cual esté rellenando este formulario) pueda padecer actualmente, o ha sido diagnosticado de, neumonía o COVID-19? | | |
| 2 | ¿Usted (o la persona para la cual esté rellenando este formulario) ha estado en contacto con alguna persona que (se sospecha que) pueda padecer COVID-19? | | |
| 3 | ¿Ha tenido usted (o la persona para la cual esté rellenando este formulario) alguno de los siguientes síntomas en las últimas 24 horas? | Sí | No |
| | 1. Fiebre | | |
| | 2. Tos | | |
| | 3. Secreción nasal excesiva | | |
| | 4. Dolor de garganta | | |
| | 5. Falta de aliento | | |

Si ha respondido “sí” a cualquiera de las preguntas anteriores no se le permitirá embarcar, conforme al contrato de transporte aéreo.

Información del pasajero

| | |
|----------------------|--|
| Número de vuelo: | |
| Número de asiento: | |
| Fecha del vuelo: | |
| Apellido: | |
| Fecha de nacimiento: | |

Fecha completa real: .././2020

Hora: ../..

Firma

| |
|--|
| |
|--|