



QÜESTIONARI DE SALUT DEL PASSATGER D'AEROPORTS (COVID-19)

Nom i cognoms:

Núm. DNI/NIF/NIE: Edat:

Adreça electrònica: Telèfon de contacte:

RESIDÈNCIA A DESTINACIÓ

Adreça: Municipi: Codi postal:

Illa: País:

PAÍS D'ORIGEN DE L'INICI DEL TRAJECTE (especificau un dels països de trànsit, fins a arribar a les Illes Balears)

.....

.....

INFORMACIÓ CLÍNICA

| | Sí | No |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| Heu pres algun medicament per a la febre durant les darreres 24 hores? | | |
| Dificultat respiratòria | | |
| Febre | | |
| Tos | | |
| Altres símptomes sospitosos d'infecció per SARS-CoV-2: mal de coll en enviar, pèrdua del sentit del gust, pèrdua del sentit de l'olfacte, dolors musculars, diarrees, dolor toràcic o cefalees, entre d'altres. | | |

OBSERVACIONS

Declar, sota la meva responsabilitat, la veracitat de les dades proporcionades.

Data i signatura:

Si, a més, el passatger presenta algun símptoma dels detallats en la informació clínica:

Declar, sota la meva responsabilitat, que duré a terme totes les indicacions sanitàries pertinents.

Data i signatura: