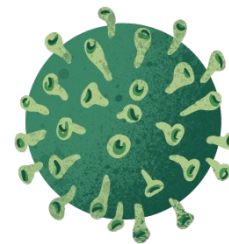




G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM

I
B



QÜESTIONARI DE SALUT DEL PASSATGER DE PORTS (COVID-19)

Nom i cognoms:

Núm. DNI/NIF/NIE: Edat:

Adreça electrònica: Telèfon de contacte:

RESIDÈNCIA A DESTINACIÓ (només passatgers)

Adreça: Municipi: Codi postal:

Illa: País:

PORT DE DESEMBARCAMENT (només transportistes):

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.

Informació sobre protecció de dades personals. D'acord amb el Reglament (UE) 2016/679 (RGPD) i la legislació vigent en matèria de protecció de dades, s'informa del tractament de les dades personals que conté aquest qüestionari. **Finalitat del tractament.** Seguiment d'actuacions per garantir el control i la seguretat de la població, en relació amb el Reial decret 464/2020, de 14 de març, pel qual es declara l'estat d'alarma per a la gestió de la crisi sanitària ocasionada pel covid-19. **Responsable del tractament.** Direcció General de Salut Pública i Participació.

Data i signatura: _____