

## Formulario de control sanitario - vía marítima

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 BARCO DE LLEGADA A ESPAÑA:

1. Nombre de la compañía naviera	2. Nombre del buque
<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Nº de asiento / camarote	4. Fecha de llegada (aaaa/mm/dd)
<input type="text"/>	2 0 <input type="text"/>

### INFORMACIÓN PERSONAL:

5. Apellido	6. Nombre de pila	7. Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
8. Número Pasaporte/DNI/NIE	<input type="text"/>	

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Correo electrónico	
<input type="text"/>	

### DIRECCIÓN PERMANENTE:

12. Número y calle (Separar con una casilla vacía, los números y el nombre de la calle)	13. Núm. de apto/piso
<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Ciudad	15. Estado/Provincia
<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. País	17. Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
21. Ciudad	22. Código Postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
23. Provincia	24. Comunidad Autónoma	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### CUESTIONARIO SANITARIO OBLIGATORIO PARA ENTRAR EN ESPAÑA

EN RELACION 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 síntomas que presenta.

SI  NO  Fiebre  Dificultad respiratoria  Tos

