

FORMULARIO SANITARIO PARA VISITAS EXTERNAS PARAPREVENCIÓN FRENTE A COVID-19

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

EMPRESA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ DNI/NIE/PASAPORTE: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

Fecha de la visita: \_\_ - \_\_ - \_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

Por favor, responda a las siguientes preguntas marcando las casillas correspondientes y, si es necesario, especificando la información solicitada.

1. ¿Ha estado en China continental, Taiwan, Hong Kong, Macao, Corea del Sur, Japón, Tailandia, Singapur, Malasia, Vietnam, Italia, Irán u otras zonas con riesgo en los últimos 21 días?

NO  SI  Fecha de retorno: \_\_\_\_\_

- Si ha respondido "SI" a la pregunta 1, ¿en qué País?  
\_\_\_\_\_
- ¿En qué ciudad? \_\_\_\_\_

Los síntomas asociados al brote de Coronavirus son: Fiebre, tos, dificultades para respirar, dolor de garganta, dolor de cabeza, dolores musculares, fatiga y congestión nasal.

2. ¿Conoce usted los síntomas asociados al 2019 Ncov (Coronavirus )?  
NO  SI
3. ¿Cree usted que padece alguno de estos síntomas?  
NO  SI
4. ¿Ha estado en contacto cercano con alguna persona que haya estado en alguno de los países o zonas con riesgo en los últimos 15 días o haya sido diagnosticada con el Coronavirus-COVID 19?  
NO  SI

Si usted ha respondido "SÍ" a alguna de las cuestiones 1,3 o 4, su acceso estará prohibido hasta 15 días después de su llegada a España.