



Cuestionario de declaración de salud previa al embarque

(El cuestionario debe ser completado por todos los adultos antes del embarque)

Nombre de Ferry	Ruta Desde - Hasta	Fecha	Hora

Nombre	Apellido	Nombre de Padre

Niños Menores de Edad

Muy Importante

El uso de una máscara facial durante embarque/desembarque y durante el viaje es obligatorio

Número de teléfono de contacto durante los siguientes 14 días

[Espacio para escribir el número de teléfono]

Asiento	ECONOMICO <input type="checkbox"/>	ASIENTO AVIÓN <input type="checkbox"/>	BUSINESS <input type="checkbox"/>	CABINA <input type="checkbox"/>
---------	------------------------------------	--	-----------------------------------	---------------------------------

DECLARA CON NOSOTROS SI DENTRO DE LOS 14 DIAS PASADOS:

	SI	NO
¿Alguna de las personas mencionadas anteriormente ha presentado síntomas repentinos de fiebre o tos o dificultad en respirar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usted, o alguna de las personas mencionadas anteriormente, ha tenido contacto cercano con alguien diagnosticado con COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted o alguna de las personas mencionadas anteriormente ha atendido a alguien con COVID-19 o ha trabajado con un trabajador de la salud infectado con COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted, o alguna de las personas mencionadas anteriormente, visitó o estuvo cerca de alguien con COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha trabajado usted, o alguna de las personas mencionadas anteriormente, en las proximidades o ha compartido el mismo ambiente de clase con alguien con COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha viajado usted o alguna de las personas mencionadas anteriormente con un paciente con COVID-19 en algún tipo de transporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha vivido usted o alguna de las personas mencionadas anteriormente en el mismo hogar que un paciente con COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Número de asiento tipo avión / cabina (rellenado el barco)	[Espacio para escribir el número de asiento]
--	--

Firma