



Formulario de localización personal

Nombre tal como aparecen en DNI o en el Pasaporte u otro documento de identidad válido:

Número de teléfono:

DNI:

Países/CCAA que visitaste o donde estuviste en los últimos 7 días

Responder a las preguntas siguientes en relación con los últimos 10 días:

	PREGUNTAS	SI	NO
1	¿Tuvo contacto cercano con alguien diagnosticado con la enfermedad COVID- 19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Proporcionó atención directa a pacientes de COVID- 19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Visitó o permaneció en un ambiente cerrado con algún paciente con la enfermedad COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿Trabajó/estudió de forma cercana o compartiendo el mismo ambiente laboral o de clase con pacientes de COVID- 19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Ha viajado con un paciente COVID- 19 en cualquier medio de transporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	¿Ha vivido en la misma casa que un paciente COVID- 19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Esta información se podrá compartir con las autoridades locales de Salud Pública para permitir un rápido rastreo de contactos si un participante en el evento sufre la enfermedad COVID-19 o llegó en contacto con un caso confirmado.

Fdo. El Aficionado.

En a de 20