

FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SALUD / COVID-19

Lea esta declaración antes de firmarla. Debe completar esta Declaración Médica adicional para venir a navegar. Si usted es menor de edad, debe presentar esta Declaración firmada por su padre o tutor.

CUESTIONARIO MÉDICO PARA EL NAVEGANTE

El propósito de este cuestionario médico es asegurarse de que usted es apto para navegar, desde el punto de vista médico. Por favor, responda las siguientes preguntas con un SÍ o un NO. Si no está seguro, responda SI. Una respuesta positiva significa que puede haber una condición preexistente que podría afectar su seguridad durante la navegación y generar un riesgo de contagio. Si alguno de estos puntos considera que se adecúa a usted, debemos rogarle que consulte con un médico antes de venir a navegar.

Dentro de los 30 días inmediatamente anteriores a la fecha de este Formulario de Declaración de Salud, ¿USTED

1. ¿HA DADO POSITIVO O PRESUNTAMENTE POSITIVO EN LA PRUEBA POR COVID-19 (EL NUEVO CORONAVIRUS O SARS-COV2), O HA SIDO IDENTIFICADO COMO UN POTENCIAL PORTADOR DEL CORONAVIRUS?
 SI NO
2. ¿HA EXPERIMENTADO ALGÚN SÍNTOMA COMÚNMENTE ASOCIADO CON COVID-19 (FIEBRE; TOS; FATIGA O DOLOR MUSCULAR; DIFICULTAD PARA RESPIRAR; DOLOR DE GARGANTA; INFECCIONES PULMONARES; DOLOR DE CABEZA; PÉRDIDA DEL GUSTO; O DIARREA)?
 SI NO
3. ¿HA ESTADO EN ALGÚN LUGAR/SITIO DECLARADO COMO PELIGROSO Y/O POTENCIALMENTE INFECCIOSO DEL NUEVO CORONAVIRUS POR UNA AUTORIDAD SANITARIA O REGULADORA, RECONOCIDA?
 SI NO
4. ¿HA ESTADO EN CONTACTO DIRECTO CON O EN LA INMEDIATA PROXIMIDAD DE CUALQUIER PERSONA QUE HAYA DADO POSITIVO CON EL NUEVO CORONAVIRUS O QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA COMO POSIBLEMENTE INFECTADA POR EL NUEVO CORONAVIRUS?
 SI NO

La información que he proporcionado sobre mi historial médico es totalmente veraz, según mi saber y entender. Acepto asumir la responsabilidad de cualquier omisión al revelar mis condiciones de salud existentes o pasadas. Me comprometo a informar al personal de la guardería por cualquier síntoma que pueda tener después de completar este formulario y si antes de ir a navegar tuve contacto con alguna persona infectada.

Nombre completo

Fecha

Nombre completo del
Tutor o Responsable

Fecha

Firma

Firma

DECLARACIONES ADICIONALES / COVID-19

- Llevaré una máscara protectora en todo momento mientras participe en la actividad de la guardería, también llevaré un bolso para la ropa personal y un alcohol en gel para mantener mis manos limpias, y tomaré todas las medidas preventivas razonables que puedan ser recomendadas por la guardería, o cualquier autoridad pública relevante.
- Aceptaré y observaré todas las instrucciones y todas las regulaciones existentes, necesarias para ayudar a prevenir el riesgo de transmisión, incluyendo tomar mi temperatura, antes de participar en cualquier actividad de navegación.
- RECONOZCO y ACEPTO que esta Declaración será considerada como mi consentimiento y Puerto Tablas puede conservar esta Declaración y facilitarla a cualquier autoridad relevante o proveedor de servicios, con el fin de garantizar la seguridad de cualquier tercero que pueda entrar en contacto conmigo antes, durante y después de cualquier actividad.

Nombre completo

Fecha

Nombre completo del
Tutor o Responsable

Fecha

Firma

Firma