



VILLA VARADERO

HOTEL • FAMILY • BEACH
NUEVO VALLARTA • MÉXICO

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Enfermedad Respiratoria Viral

Nombre completo: _____ Nacionalidad/País: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Genero/Sexo: _____

Medio de transporte: Aereo _____ Terreste _____ Marítimo _____

Llegada: ____ / ____ / ____ Salida: ____ / ____ / ____ Tour operador/Agencia de viaje: _____

¿Viaja solo?: Si No Familia _____ Amigos _____

¿Cuenta con algún seguro médico público o privado? Si No ¿Cuál? _____

¿Entre sus compañeros/familia se han presentado síntomas similares al suyo hoy? Si No

¿Ha tenido en las últimas 24 horas alguno de los siguientes síntomas?

Síntoma	Si	No
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor toracico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malestar general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escorrimento nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones en el olfato y/o gusto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Padece alguna de estas enfermedades?	Si	No
Hipertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enfermedades que depriman al sistema inmunologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Declaro que toda la información proporcionada a través de este formulario es verdadera y completa, incluso la que no está escrita de mi puño y letra. Declaro que no he suprimido, falseado o alterado ningún hecho clínico importante. Declaro que conozco la situación de Pandemia de Covid19 y el estado de nueva normalidad en el País México, así como los riesgos de contagio existentes del COVID19, acatare las disposiciones y normas sanitarias que implementen las autoridades competentes durante mi estancia en el Hotel Villa Varadero, sin responsabilidad alguna para el prestador de servicios turísticos Nuevo Vallarta Menhir S.A de C.V.

Nombre y firma del titular

Fecha