

PASSENGER/CREW LOCATOR FORM – CRUISE SHIPS

Date of form completion: (yyyy/mm/dd)

2	0								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Public Health Passenger/Crew Locator Form: To protect your health, public health officers need you to complete this form whenever they suspect a communicable disease onboard a cruise ship. Your information will help public health officers to contact you if you were exposed to a communicable disease. It is important to fill out this form completely and accurately. Your information is intended to be held in accordance with applicable laws and used only for public health purposes. ~*Thank you for helping us to protect your health.*

One form should be completed by an adult member of each family/crew member. Print in capital (UPPERCASE) letters. Leave blank boxes for spaces.

CRUISE INFORMATION:

1. Cruise line name	2. Cruise ship name	3. Cabin Number	4. Date of disembarkation (yyyy/mm/dd)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PERSONAL INFORMATION:

5. Last (Family) Name	6. First (Given) Name	7. Middle Initial	8. Your sex	9. Age (years)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

PHONE NUMBER(S) where you can be reached if needed. Include country code and city code.

10. Mobile	<input type="text"/>	11. Business	<input type="text"/>
12. Home	<input type="text"/>	13. Other	<input type="text"/>
14. Email address	<input type="text"/>		

PERMANENT ADDRESS*:

15. Country	<input type="text"/>	16. State/Province	<input type="text"/>	
17. City	<input type="text"/>	18. ZIP/Postal code	<input type="text"/>	
19. Number and street (Separate number and street with blank box)	<input type="text"/>		20. Apartment number	<input type="text"/>

*21. if in the previous 14 days you have stayed in a country (not transit) other than your permanent address, declare below the name of country/countries:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

TEMPORARY ADDRESS: If at any time during the next 14 days you will not be staying at the permanent address listed above, write the places where you will be staying.

22. Country 1	<input type="text"/>	23. State/Province 1	<input type="text"/>
24. City 1	<input type="text"/>	25. ZIP/Postal code 1	<input type="text"/>
26. Hotel name 1 (if any)	27. Number and street 1 (Separate number and street with blank box)	28. Apartment number 1	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
29. Country 2	<input type="text"/>	30. State/Province 2	<input type="text"/>
31. City 2	<input type="text"/>	32. ZIP/Postal code 2	<input type="text"/>
33. Hotel name 2 (if any)	34. Number and street 2 (Separate number and street with blank box)	35. Apartment number 2	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

PASSENGER/CREW LOCATOR FORM – CRUISE SHIPS

Date of form completion: (yyyy/mm/dd)

2 0

36. TRAVEL COMPANIONS – FAMILY: Only include age if younger than 18 years

	Last (Family) Name	First (Given) Name	Cabin number	Age <18
(1)				
(2)				
(3)				
(4)				

37. TRAVEL COMPANIONS – NON-FAMILY/NON-SAME HOUSEHOLD: Also include name of group (if any)

	Last (Family) Name	First (Given) Name	Group (<i>tour, team, business, other</i>)
(1)			
(2)			

To be completed by CREW only:

38. Working sector on board:

--

39. Co-habitants in cabin:

	Last (Family) Name	First (Given) Name
(1)		
(2)		
(3)		
(4)		



**CUESTIONARIO DE SALUD PÚBLICA
A SER CONTESTANDO POR TODOS LOS PASAJEROS
(UN FORMULARIO POR PERSONA)**



(Rev.9, 16.03.22)

Nota: Debido a los continuos cambios en los protocolos y regulaciones de la UE, debe completar este formulario en las 24 horas anteriores a su crucero.

Fecha: _____

Barco: _____ Numero de camarote: _____

Nombre y apellidos: _____

Niños menores de 18 años incluidos en este cuestionario:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Para ayudarnos a mantener la salud y la seguridad de los huéspedes y la tripulación de este crucero, solicitamos que responda a las siguientes preguntas:

1. ¿Usted o alguna de las personas mencionadas anteriormente ha dado positivo en el resultado de la prueba del COVID-19 en los últimos 14 días? S N
2. ¿Usted o alguna de las personas mencionadas anteriormente ha tenido contacto cercano o ayudó a cuidar a alguien con posible contagio o diagnosticado con COVID-19 durante los últimos 14 días? S N
3. ¿Usted o alguna de las personas mencionadas antes están actualmente sujetos a controles de salud por una posible exposición al COVID-19? S N
4. ¿Usted o alguna de las personas mencionadas anteriormente tiene alguno de los siguientes síntomas: fiebre (38° C / 100,4° F o más), se siente febril/ardoroso o tiene escalofríos, falta de aire o dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, nueva pérdida del olfato o del gusto, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas o vómitos o diarrea? S N

En el caso poco probable de que se viese personalmente involucrado en una emergencia de salud o seguridad, solicitamos que nos proporcione **datos de contacto en caso de emergencia**. Toda la información contenida en este documento se utilizará únicamente por los motivos descritos anteriormente y se eliminará al final del crucero. Puede incluir a su padre/madre, familiar, cónyuge u otra persona de confianza como contacto de emergencia.

Nombre de la persona de contacto: _____

Número de teléfono: _____

Nombre de la persona de contacto: _____

Número de teléfono: _____

Con mi firma, doy fe de mi/nuestra voluntad de cumplir con todos los protocolos de salud prescritos a bordo y en tierra, durante todo el itinerario del crucero. Certifico que la declaración anterior es verdadera y correcta y entiendo que cualquier respuesta deshonesto puede tener consecuencias graves para la salud pública y que podrían aplicarse sanciones.

Firma: _____