

DECLARACIÓN DE HUÉSPED



Barceló
HOTEL GROUP

Estimado Huésped

Agradecemos nos ayude a contestar la siguiente encuesta.

Su participación es importante para ayudarnos a tomar medidas de precaución para protegerlo a usted y a todos en el Resort

GUEST DECLARATION

Dear Guest

Please fill the following form

Your participation is important to help us take precautionary measures to protect you and everyone in this Resort

Nombre del huésped: / Guest's name:	Contacto en caso de emergencia: Personal contact number (Mobile number/Home):
Número de habitación: / Room's number: CABO CRAZIES CLUB	Fecha de llegada: / Arrival date: Fecha de salida: / Departure date:
Temperatura del huésped; Temperature reading of Guest:	Colaborador: Recorded by staff:

Autodeclaración por el huésped / Self-declaration by guest									
1	<p>Por favor, marque con una "x" si presenta alguno de los siguientes síntomas: If you have the following symptom(s), please tick the relevant box(es):</p> <table><tr><td>Fiebre Fever</td><td>Tos Seca Dry cough</td><td>Dolores corporales Body aches</td><td>Dolor de cabeza Headaches</td></tr><tr><td>Dolor de Garganta Sore throat</td><td>Escurrimiento nasal Runny nose</td><td>Cansancio Tiredness</td><td>Falta de aliento Shortness of breath</td></tr></table> <p>Otro/Other: _____</p>	Fiebre Fever	Tos Seca Dry cough	Dolores corporales Body aches	Dolor de cabeza Headaches	Dolor de Garganta Sore throat	Escurrimiento nasal Runny nose	Cansancio Tiredness	Falta de aliento Shortness of breath
Fiebre Fever	Tos Seca Dry cough	Dolores corporales Body aches	Dolor de cabeza Headaches						
Dolor de Garganta Sore throat	Escurrimiento nasal Runny nose	Cansancio Tiredness	Falta de aliento Shortness of breath						

Firma / Signature: _____

Fecha /Date: _____