

## CONTROL QUESTIONNAIRE (COVID-19) CUESTIONARIO DE CONTROL (COVID-19)

|   |  |                         |                      |                          |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--|-------------------------|----------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Name and Surname</b><br>Nombre y apellido  |  |                         |                      |                          |   |                          |                          |                          |                          |
| <b>Age</b><br>Edad  |  | <b>Gender</b><br>Género | <b>Man</b><br>Hombre | <input type="checkbox"/> | <b>Woman</b><br>Mujer                           | <input type="checkbox"/> | <b>DK/DA</b>             | <input type="checkbox"/> |                          |
| <b>Nationality</b><br>Nacionalidad  |  |                         |                      |                          | <b>Passport/ID number</b><br>Nº de pasaporte/ID |                          |                          |                          |                          |
| <b>Current country of residence</b><br>País de residencia actual  |  |                         |                      |                          | <b>Usual residence</b><br>Residencia habitual   |                          |                          |                          |                          |
| <b>Company name</b><br>Nombre de la Empresa   |  |                         |                      |                          |   |                          |                          |                          |                          |
| <b>Have you been informed by your company of Navantia's COVID-19 plan?</b><br>¿Ha sido informado por su empresa sobre el plan COVID-19 de Navantia? |  |                         |                      |                          |   | <b>Yes</b><br>Si         | <input type="checkbox"/> | <b>No</b><br>No          | <input type="checkbox"/> |
| <b>Are you obliged to follow any applicable quarantine/restrictions?</b><br>¿Está obligado a seguir cualquier cuarentena/restricción aplicable?     |  |                         |                      |                          |   | <b>Yes</b><br>Si         | <input type="checkbox"/> | <b>No</b><br>No          | <input type="checkbox"/> |
| <b>If so, have you completed such quarantine/restrictions?</b><br>¿Si es así, ha completado dicha cuarentena/restricciones?                         |  |                         |                      |                          |   | <b>Yes</b><br>Si         | <input type="checkbox"/> | <b>No</b><br>No          | <input type="checkbox"/> |
| <b>Specify:</b><br>Especificar:   |  |                         |                      |                          |   |                          |                          |                          |                          |

| <b>CLINICAL INFORMATION</b><br>INFORMACION CLÍNICA  |  |                          |         |                          |                          |                          |                          |
|---|--|--------------------------|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Have you undergone COVID-19 in the past?</b><br>¿Ha sufrido la enfermedad COVID-19 en el pasado?               |  |                          |         | <b>Yes</b><br>Si         | <input type="checkbox"/> | <b>No</b><br>No          | <input type="checkbox"/> |
| <b>Do you currently have any COVID-19 symptoms?</b><br>¿Presenta actualmente algún síntoma de COVID-19?           |  |                          |         | <b>Yes</b><br>Si         | <input type="checkbox"/> | <b>No</b><br>No          | <input type="checkbox"/> |
| <b>Clinical State</b><br>Estado Clínico   | <b>Symptom onset date</b><br>Fecha de inicio de síntomas |                          |         | <b>Yes</b><br>Si         | <input type="checkbox"/> | <b>No</b><br>No          | <b>DK/DA</b>             |
| Fever<br>Fiebre   |  | <input type="checkbox"/> | °C ____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cough<br>Tos  |  | <input type="checkbox"/> |         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Respiratory distress /Chills / Myalgia<br>Insuficiencia respiratoria / Escalofríos / Mialgia                      |  | <input type="checkbox"/> |         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Other severe clinical or radiological symptoms / signs<br>Otros síntomas clínicos o radiológicos graves / señales |  | <input type="checkbox"/> |         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Specify:</b><br>Especificar:   |  |                          |         |                          |                          |                          |                          |

| <b>EPIDEMIOLOGICAL DATA</b><br>DATOS EPIDEMIOLÓGICOS   | <b>Risk history in the last 14 days</b><br>(click the appropriate boxes)<br>Historial de riesgos en los últimos 14 días<br>(haga clic en las casillas correspondientes) |                          |                          |  |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--|
| <b>QUESTIONS</b><br>PREGUNTAS  | <b>Yes</b><br>Si  | <b>No</b><br>No          | <b>DK/DA</b>             | <b>In affirmative case</b><br><b>Last contact Date</b><br>En caso afirmativo<br>Fecha de último contacto |
| <b>Have you had close contact with a patient with acute respiratory infection?</b><br>¿Has tenido contacto cercano con un paciente con infección respiratoria aguda?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Have you had close contact with a likely or confirmed patient with COVID-19?</b><br>¿Ha tenido contacto cercano con un paciente probable o confirmado con COVID-19? | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

## CONTROL QUESTIONNAIRE (COVID-19) CUESTIONARIO DE CONTROL (COVID-19)

**I certify** that the above declaration is true and correct and that any dishonest answers may have serious public health implications.

We inform you that your personal data will be processed by NAVANTIA in order to apply control measures against the risk of COVID-19. This data may be reported to the Spanish Public Health Authorities. You can exercise your rights of access, rectification, deletion, opposition, portability and limitation of the processing of your data contacting NAVANTIA, with fiscal address at Velazquez 132, 28006 Madrid, or [comiteseguridadrgpd@navantia.es](mailto:comiteseguridadrgpd@navantia.es), accompanying a copy of your ID Card duly proving your identity.

**Certifico** que la declaración anterior es verdadera y correcta y que cualquier respuesta deshonestas puede tener serias implicaciones para la salud pública.

Le informamos que NAVANTIA procesará sus datos personales para aplicar medidas de control contra el riesgo de COVID-19. Estos datos pueden ser reportados a las autoridades españolas de salud pública. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, eliminación, oposición, portabilidad y limitación del procesamiento de sus datos dirigiéndose a NAVANTIA, con dirección fiscal en Velázquez 132, 28006 Madrid o [comiteseguridadrgpd@navantia.es](mailto:comiteseguridadrgpd@navantia.es), acompañando una copia de su tarjeta de identificación que acredite debidamente su identidad.

|   |
|---|
| <b>Date</b><br><i>Fecha</i>                         |
|   |
| <b>Signature</b><br><i>Firma</i>                    |
|   |
| <b>Name and Surname</b><br><i>Nombre y Apellido</i> |
|   |

### EXPLANATORY NOTES NOTAS EXPLICATORIAS

#### Definition of Close Contact

#### Definición de contacto cercano

Close contact of a probable or confirmed case is defined as (According to European Centre for Disease Prevention and Control):  
El contacto cercano de un caso probable o confirmado se define como (de acuerdo con el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades):

- A person living in the same household as a COVID-19 case;  
*Una persona que vive en el mismo hogar que un caso COVID-19;*
- A person having had direct physical contact with a COVID-19 case (e.g. shaking hands);  
*Una persona que ha tenido contacto físico directo con un caso COVID-19 (por ejemplo, darle la mano);*
- A person having unprotected direct contact with infectious secretions of a COVID-19 case (e.g. being coughed on, touching used paper tissues with a bare hand);  
*Una persona que tiene contacto directo desprotegido con secreciones infecciosas de un caso COVID-19 (por ejemplo, que está tosiendo, tocando los pañuelos de papel usados con una mano desnuda);*
- A person having had face-to-face contact with a COVID-19 case within 2 metres and > 15 minutes;  
*Una persona que ha tenido contacto cara a cara con un caso COVID-19 dentro de los 2 metros y > 15 minutos;*
- A person who was in a closed environment (e.g. classroom, meeting room, hospital waiting room, etc.) with a COVID-19 case for 15 minutes or more and at a distance of less than 2 metres;  
*Una persona que estuvo en un ambiente cerrado (por ejemplo, aula, sala de reuniones, sala de espera del hospital, etc.) con un estuche COVID-19 durante 15 minutos o más y a una distancia de menos de 2 metros;*
- A healthcare worker (HCW) or other person providing direct care for a COVID-19 case, or laboratory workers handling specimens from a COVID-19 case without recommended personal protective equipment (PPE) or with a possible breach of PPE;  
*Un trabajador de atención médica (HCW) u otra persona que brinda atención directa para un caso COVID-19, o trabajadores de laboratorio que manejan muestras de un caso COVID-19 sin el equipo de protección personal (PPE) recomendado o con una posible violación del PPE;*
- A contact in an aircraft sitting within two seats (in any direction) of the COVID-19 case, travel companions or persons providing care, and crew members serving in the section of the aircraft where the index case was seated (if severity of symptoms or movement of the case indicate more extensive exposure, passengers seated in the entire section or all passengers on the aircraft may be considered close contacts).  
*Un contacto en una aeronave que se encuentra dentro de dos asientos (en cualquier dirección) del caso COVID-19, compañeros de viaje o personas que brindan atención, y miembros de la tripulación que prestan servicios en la sección de la aeronave donde se sentó el caso índice (si la gravedad de los síntomas o el movimiento del caso indica una exposición más extensa, los pasajeros sentados en toda la sección o todos los pasajeros de la aeronave pueden considerarse contactos cercanos).*