

Declaración Jurada para Viajeros para prevenir enfermedades por Coronavirus (COVID-19)

(UTILIZAR UN FORMULARIO POR GRUPO FAMILIAR QUE HABITE EL MISMO HOGAR Y HAYA COMPARTIDO LA TOTALIDAD DEL ITINERARIO DE VIAJE)

Affidavit for Travelers to prevent coronavirus diseases (COVID-19)

(TO BE USED BY FAMILY GROUPS DWELLING IN THE SAME HOME AND HAVING SHARED THE ENTIRE TRAVEL ITINERARY)

1. INFORMACIÓN PERSONAL | Personal Information

Apellidos Last Name		Nombres Names		Masculino Male	<input type="checkbox"/>	Femenino Female	<input type="checkbox"/>	
DOCUMENTO DE VIAJE Travel Document	Tipo Type			N° N°				
FECHA DE NACIMIENTO Date of Birth	____/____/____ Día Mes Año Day Month Year	NACIONALIDAD Nationality						
FECHA DE INGRESO A CHILE Date of Entry into Chile	____/____/____ Día Mes Año Day Month Year	PAÍS DE PROCEDENCIA Country of Origin						
MEDIO DE TRANSPORTE DE INGRESO A CHILE Means of Transport of entry into Chile	Avión <input type="checkbox"/> Plane	Barco <input type="checkbox"/> Vessel	Bus <input type="checkbox"/> Bus	Auto <input type="checkbox"/> Car	Tren <input type="checkbox"/> Train	Camión <input type="checkbox"/> Truck	Moto <input type="checkbox"/> Motorcycle	Otro <input type="checkbox"/> Other
N° DE VUELO (si corresponde) Flight N° (if applicable)	_____	N° DE ASIENTO Seat N°	_____	CONTROL FRONTERIZO DEL INGRESO Border Control of Entry	_____			
EMAIL E-mail	_____	TELÉFONOS DE CONTACTO Contact phone numbers	1. _____	2. _____				

2. ANTECEDENTES DE VIAJE EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS | Information on travels over the last 30 days

Señale los países en los que usted estuvo en los últimos 30 días | Indicate the countries where you were over the last 30 days

CHINA | China

OTROS (Especifique) | Other

1. _____	5. _____
2. _____	6. _____
3. _____	7. _____
4. _____	8. _____

Comprobante de Declaración Jurada para viajeros para prevenir enfermedades por Coronavirus (COVID-19)

Affidavit for Travelers to prevent coronavirus diseases (COVID-19)

FECHA
Date
____/____/____
Día Mes Año
Day Month Year

N° 000000

3. ANTECEDENTES DE SALUD | Health information

¿TUVO CONTACTO CON UNA PERSONA ENFERMA DE CORONAVIRUS (COVID-19)? SÍ | YES NO | NO
Were you in contact with any person ill with coronavirus (COVID-19)?

¿EN SU ESTADÍA EN EL EXTRANJERO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ESTUVO ENFERMO/A? SÍ | YES NO | NO
Were you ill during your stay abroad over the last 30 days?

¿Qué enfermedad? _____ Fecha de primeros síntomas ____ / ____ / ____
What illness? Date of first symptoms Day Month Year

ACTUALMENTE, ¿USTED PRESENTA ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS? | Do you currently have any of these symptoms?

<input type="checkbox"/> Tos Cough	<input type="checkbox"/> Fiebre Fever	<input type="checkbox"/> Manchas en la piel Skin rash
<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria Difficult breathing	<input type="checkbox"/> Dolor muscular Muscle pain	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza Headache
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta Sore throat		<input type="checkbox"/> Náusea / Vómito Nausea / Vomiting
<input type="checkbox"/> Secreciones nasales Runny nose		<input type="checkbox"/> Dolor articular Joint pain

4. DIRECCIONES EN CHILE | Addresses in Chile

Señale las direcciones (o nombre del hotel) y ciudades donde permanecerá en Chile

State the addresses and cities in where you will stay in Chile

	DIRECCIÓN Address	COMUNA District	CIUDAD City	HOTEL Hotel
1				
2				
3				

5. GRUPO FAMILAR | Family group

En caso de grupo familiar señalar, nombre y documento de identificación de cada integrante

In case of a family group, indicate name and identity document of each member.

	NOMBRES Names	APELLIDOS Last Name	TIPO DOCUMENTO DE VIAJE Travel Document	
			TIPO Type	Nº Nº
1				
2				
3				
4				

FECHA _____ / _____ / _____
Date Day Month Year

FIRMA | Signature



Infórmese en minsal.cl
o llamando a Salud Responde
More information at minsal.cl
or calling Salud Responde

LLAME A SALUD RESPONDE
600-360-7777
PROFESIONALES DE LA SALUD ATENDIENDO SUS DUDAS LAS 24 HORAS,
LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA