FORMULARIO DE LOCALIZACIÓN DE PASAJERO (FLP)

41. COMPAÑEROS DE VIAJE – NO MIEMBROS DE LA FAMILIA: También incluir el nombre del grupo (si es el caso).

	Apellido	Nombre	Grupo (tour, equipo, empresa otro
(1)			
(2)			

FORMULARIO DE AUTODECLARACIÓN SANITARIA DE COVID-19 PARA PÚBLICO PASAJERO

CUESTIONARIO OBLIGATORIO DE SALUD PARA INGRESAR AL PAIS

Respecto a la emergencia de salud declarada COVID-19, es obligatorio responder las siguientes preguntas

Si es necesario se realizará una evaluación médica a su llegada

42. ¿Durante los últimos 14 días, ¿ha tenido usted, o alguna persona de su grupo de viaje, un contacto cercano (contacto frente a frente durante más de minutos o contacto físico directo) con una persona confirmada COVID-19, o que presentaba síntomas que sugieran contagio de COVID-19?

Si ☐ No ☐

43. ¿Usted o un miembro de su familia / compañero de viaje ha tenido alguno de los siguientes síntomas durante los últimos 14 días? Por favor, llene datos de la persona o personas que presentan los síntomas mencionados y marque con una "X" el síntoma o signo que presenta:

	Apellido	Nombre	Fiebre o Escalofrío	Tos	Dificultad para Respirar	Pérdida Gusto/ Olfato	Dolor de Cabeza	Dolor Muscular	Congestión Nasal	Diarrea	Conjuntivitis
(1)											
(2)											
(3)											
(4)											

44. ¿Ha tenido usted, o alguna persona de su grupo de viaje, una prueba de diagnóstico de COVID-19 con resultado positivo en los últimos 3 días?

Si ☐ No ☐ ***Adjuntar el informe con el resultado, si lo tiene***

45. ¿Ha visitado mercados de animales vivos en los últimos 14 días?

Si ☐ No ☐

46. Propósito del viaje, favor escoja uno.

Turismo ☐ Trabajo ☐ Visita familiar ☐ Misión especial ☐ Cooperación internacional ☐

Declaro que toda la información aquí presentada es correcta y cierta, y me comprometo a llevar a cabo las evaluaciones y/o exámenes médicos así como la cuarentena en los lugares designados por la autoridad sanitaria del Estado o de manera domiciliaria durante 14 días siguientes mi entrada al país, realizando un autocontrol de los síntomas del coronavirus, especialmente los síntomas de infección respiratoria aguda (fiebre, tos o dificultad respiratoria) y si presento alguno de ellos me pondré en contacto con la autoridad sanitaria competente por teléfono.

Acepto cumplir con las indicaciones y medidas que me indique la autoridad sanitaria.

Y para el registro, Firmo este documento.

Lugar_____ fecha_____ Firma_____

Nro. Pasaporte / C.I. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐