

## FORMULARIO DE DECLARACION DE VIAJEROS

República de Chile  
Ministerio de Salud Pública  
MATASELLO OFICIAL

### DECLARACIÓN DE SALUD DEL VIAJERO / DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO VIAJANTE / TRAVELER'S HEALTH DECLARATION

Este formulario debe ser llenado por el viajero y entregado a la autoridad sanitaria al desembarcar para facilitar la localización de pasajeros por parte de las autoridades chilenas en los próximos 14 días, que le permitan adoptar medidas de protección a la salud en caso necesario. La declaración inexacta estará sometida a las penalidades de la ley.

Esta ficha deve ser preenchida pelo viajante e entregue à autoridade sanitária no seu desembarque, visando a sua localização pelas autoridades chilenas nos próximos 14 dias para adoção de medidas de proteção à saúde, caso necessárias. Falsa declaração estará sujeita à penalidade da Lei.

Travelers should fill out this form and hand it in to the health authorities upon landing, so that they can be contacted by Chilean authorities over the next 14 days for adoption of health protection actions, if necessary. False statements are punishable by law.

#### Instrucciones para llenar el formulario / Instruções de preenchimento / Instructions for filling out the form

##### 1. CAMPO DE IDENTIFICACIÓN DEL TIPO DE MEDIO DE TRANSPORTE.

Marque con una X la opción que corresponde al medio de transporte en el que llegó a Chile. Informe el lugar de ingreso al país y la fecha de llegada.

##### 1. CAMPO DE IDENTIFICAÇÃO DO TIPO DE MEIO DE TRANSPORTE.

Marque com um X a opção que corresponde ao meio de transporte em que chegou ao Chile.

##### 1. FIELD FOR IDENTIFICATION OF THE TYPE OF TRANSPORT.

Mark with X the box that corresponds to the means of transport in which you arrived in Chile.

**Medios de Transporte / Meios de Transporte / Means of Transportation:**

**Aéreo** Aeronave Airplane [ ]

**Embarcación** Embarcação Ship [ ]

**Terrestre** Rodoviário Vehicle [ ]

**Ferrocarril** Ferroviário Train [ ]

**Lugar de Entrada / Local de entrada / Port of Arrival:** \_\_\_\_\_

**Fecha/Data / Date:** (día/mes/año) / (dia/mês/ano) / (day/month/year) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

##### 2. CAMPO DE ESPECIFICACIÓN DEL MEDIO DE TRANSPORTE.

En el caso de que haya llegado en avión, informe la compañía aérea, el N° del vuelo y, en el campo de al lado, el N° del asiento. Si hubiera llegado en barco o vehículo terrestre, informe el nombre de la embarcación o del vehículo y en el campo de al lado, la cabina o el asiento.

##### 2. CAMPO DE ESPECIFICAÇÃO DO MEIO DE TRANSPORTE.

Informe o local de entrada no País e a data de chegada. Caso tenha chegado de avião, informe a companhia aérea, o n° do vôo e, no campo ao lado, o assento. Se tiver chegado de

navio ou veículo terrestre, informe o nome da embarcação e o veículo e no campo ao lado, acabine ou assento.

**2. FIELD FOR SPECIFICATION OF THE MEANS OF TRANSPORT.**

Inform the place of entry in the Country and the date of arrival. If you arrived by airplane, inform the flight company, flight number and, in the field to the side, number of seat. If you arrived by ship or land vehicle, inform the name of the ship or vehicle and in the field to the side, the cabin or seat.

**Empresa: N° de vuelo/ Embarcación / Vehículo Terrestre:** \_\_\_\_\_  
Empresa: N° Vôo / Embarcação/Veículo Terrestre \_\_\_\_\_  
Company: Flight Nr. /Name of the Ship / Land Vehicle \_\_\_\_\_  
Asiento / Cabina // Assento /Camarote// Seat / Cabin \_\_\_\_\_

**3. CAMPO DE IDENTIFICACIÓN DEL PASAJERO.**

Declare su nombre completo, sin abreviarlo, de forma legible, de preferencia con letra de imprenta. En el campo de al lado, informe la fecha de nacimiento. En la línea de abajo, informe el N° del pasaporte o el N° de la cédula de identidad y el país emisor. Al lado, informe el sexo con una X.

**3. CAMPO DE IDENTIFICAÇÃO DO PASSAGEIRO.**

Informe o nome completo, sem abreviações, de forma legível, de preferência com letra de forma. No campo ao lado, informe a data de nascimento. Na linha abaixo, informe nº do passaporte ou o nº da carteira de identidade e país emissor. Ao lado, informe o sexo com um X.

**3. FIELD FOR IDENTIFICATION OF THE PASSENGER.**

Inform full name, without abbreviations, legibly, preferably printed. In the field to the side, inform the date of birth. In the line below, inform passport number or identity card number and issuing country. To the side, indicate gender with X.

**Nombre y Apellidos / Nome Completo / Full Name:** \_\_\_\_\_

**Fecha nacimiento/Data Nasc. Birth Date (día/mes/año) / (dia/mês/ano) / (day/month/year):**  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**N° de Pasaporte o Cédula y País / N° do Passaporte ou C. de Identidade e País Emissor / Passport Number or Identity Card and Issuing Country:** \_\_\_\_\_

**Sexo / Sexo / Sex:** M [ ] F [ ]

**4. CAMPO DE DECLARACIÓN DEL TRAMO RECORRIDO.**

Informar todos los países y lugares por donde pasó en los últimos 14 días.

**4. CAMPO DE DECLARAÇÃO DO TRECHO PERCORRIDO.**

Informar todos os países e locais por onde passou nos últimos 14 dias.

**4. FIELD FOR STATEMENT OF THE AREAS WHERE YOU HAVE TRAVELED.**

Inform all the countries and places you have been to in the last 14 days.

**Países y lugares por donde circuló en los últimos 14 días / Países e locais por onde circulou nos últimos 14 dias / Country and places where you have been in the last 14 days:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 5. CAMPO DE DESTINO.

Informar destino, previsión de conexión y escala. En la línea de abajo informar la(s) compañía(s) aérea(s) y N° del vuelo de la escala o conexión o el nombre de la embarcación o vehículo terrestre. Al lado, informe la fecha prevista para el embarque.

## 5. CAMPO DE DESTINO.

Informar destino, previsão de conexão e escala. Na linha abaixo, informar a(s) companhia(s) área(s) e nº do vôo da escala ou conexão ou o nome da embarcação e veículo terrestre. Ao lado, informe a data prevista para embarque.

## 5. DESTINATION FIELD.

Inform destination, scheduled connections and places of call. In the line below, flight company(ies) and flight number of connection or call or the name of the vessel and land vehicle. To the side, inform scheduled embarkation date.

**Destino - Previsión de conexión-escala destino / Previsão de Conexão-Escala**

/Destination – Scheduled Connection/Place of Call: \_\_\_\_\_

Empresa: N° de vuelo/ Embarcación / Vehículo Terrestre: \_\_\_\_\_

Empresa: N° Vôo / Embarcação / Veículo Terrestre: \_\_\_\_\_

Company: Flight Nr. /Name of the Ship / Land Vehicle: \_\_\_\_\_

Fecha / Data / Date : (día/mes/año) / (dia/mês/ano) / (day/month/year): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## 6. CAMPO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS.

Marque con una X las opciones correspondientes a los síntomas observados en los últimos 10 días o marque con una X si no presentó síntomas durante dicho período.

## 6. CAMPO DE IDENTIFICAÇÃO DOS SINTOMAS.

Marque com um X nas opções correspondentes aos sintomas observados nos últimos 10 dias ou assinale com X se não apresentou sintomas nesse período.

## 6. FIELD FOR IDENTIFICATION OF THE SYMPTOMS.

Mark with X the boxes that correspond to the symptoms observed over the last 10 days or indicate with X if you had no symptoms during this period.

**Síntomas observados en los últimos 10 días/ Sintomas observados nos últimos 10 dias/  
Symptoms observed in the last 10 days**

**Fiebre / Febre / Fever (>38°C/100.4°F):** [ ]

**Alteraciones respiratorias (tos, dificultad para respirar)** [ ]

**Alterações Respiratórias (tosse, dificuldade de respirar)** [ ]

**Respiratory illness (breath difficulty, cough)** [ ]

**Otros - especificar** (Ej. diarrea, erupciones cutáneas, ictericia, dolor de cabeza, vómito, hemorragia, mialgia, dolores musculares, etc.) [ ]

**Outros – especificar** (ex: diarreia, erupções cutâneas, icterícia, dor de cabeça, vômito, hemorragia, mialgia /dores musculares, etc.) [ ]

**Other- specify** (ex.: diarrhea, rash, jaundice, headache, vomit, hemorrhage, myalgia, muscular pain, etc) [ ]

**Ninguno / Nenhum / None** [ ]

## 7. CAMPO DE LOCALIZACIÓN DEL PASAJERO.

Escriba dirección(es) para contacto durante los próximos 14 días, para que sea posible localizarlo rápidamente en caso de necesidad. Informe ciudad(es), departamento(s), país(es), e-mail(s) y teléfono(s) donde sea posible encontrarle.

## 7. CAMPO DE LOCALIZAÇÃO DO PASSAGEIRO.

Escreva endereço(s) para contato nos próximos 14 dias de forma que seja possível localizá-lo rapidamente em caso de necessidade. Informe cidade(s), Estados(s), País(es), e-mail(s) e telefone(s) possíveis de encontrá-lo.

**7. FIELD FOR LOCATING THE PASSENGER.**

Write address (es) where you will be in the next 14 days, so that you can be contacted quickly if necessary. Inform City (ies), State(s), Country (ies), E-mail(s) and Phone number(s) where you can be found.

**Dirección(es) para contacto en los próximos 14 días /** Endereço(s) para contato nos próximos 14 dias / Address(es) where you can be found over the next 14 days :

Ciudad(es) / Cidade(s) / City (ies): \_\_\_\_\_

Estado(s) / Estado(s) / State(s): \_\_\_\_\_

País(es) / País(es) / Country (ies): \_\_\_\_\_

mail: \_\_\_\_\_

Teléfono / Telefone/ Phone: \_\_\_\_\_

**CONSTANCIA PARA EL VIAJERO /** certeza do viajante / certainty for the traveler

**8. Recuerde colocar la fecha en que fue llenada la tarjeta y firmar la Declaración de Salud del Viajante.**

Colocar la fecha y firmar el nombre completo y guardar el comprobante sellado y firmado por la autoridad sanitaria.

**8. Lembre-se de colocar a data de preenchimento e assinar a Declaração de Saúde do Viajante.**

Date e assine o nome completo e guarde o comprovante carimbado e rubricado pela Autoridade Sanitária.

**8. Remember to write the date you filled out the form and to sign the Traveler's HealthDeclaration.**

Date and signe your full name and keep with you the rubber-stamped form rubricate by the Health authority

**Fecha /Data/Date:** (día/mes/año) / (dia/mês/ano) / (day/month/year): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma del viajero /** Assinatura do viajante/Traveler's signature: \_\_\_\_\_

**Nombre Completo / Nome Completo / Full Name:** \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: Ante cualquier duda comunicarse al teléfono (56 2 6322739) durante las 24 horas. Centro de Enlace Unidad de Vigilancia Epidemiológica División de Planificación Sanitaria Ssubsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud**