

# 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			Nº Nº				
FECHA DE NACIMIENTO Date of Birth	____/____/____ Día Mes Año Day Month Year	NACIONALIDAD Nationality						
FECHA DE INGRESO A LA REGIÓN Date of Entry into Chile	____/____/____ Día Mes Año Day Month Year	COMUNA DE RESIDENCIA						
MEDIO DE TRANSPORTE DE INGRESO A LA REGIÓN Means of Transport of entry	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
Nº DE VUELO Flight Nº	EMPRESA DE TRANSPORTE	CONTROL FRONTERIZO Border Control						
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 y regiones de Chile en los que usted estuvo en los últimos 30 días

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

### 3. MOTIVOS DE SU VIAJE

TRABAJO (Nombre de la empresa) \_\_\_\_\_

SALUD (Nombre centro donde se dirige) \_\_\_\_\_

OTRO \_\_\_\_\_

PASAPORTE SANITARIO. Para viajeros, con el objetivo de prevenir enfermedades por Coronavirus (COVID-19).

FECHA  
Date

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año  
Day Month Year

#### 4. 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 LOS ÚLTIMOS DÍAS ESTUVO ENFERMO?  SÍ | YES  NO | NO

¿Qué enfermedad? \_\_\_\_\_  
What illness?

Fecha de primeros síntomas \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
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

#### 5. DIRECCIONES EN LA REGIÓN | Addresses

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

State the addresses and cities in where you will stay

	DIRECCIÓN   Address	COMUNA   District	CIUDAD   City	HOTEL   Hotel
1				
2				
3				

#### 6. GRUPO FAMILIAR | 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