

TEST DE AUTODECLARACIÓN DE SÍNTOMAS DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

FECHA:
DATE:

Estimado visitante, debido a la actual situación provocada por la emergencia sanitaria, le solicitamos que el siguiente cuestionario sea completado:
Dear visitor, due to the current state of affairs caused by the ongoing health emergency, please fill out this questionnaire:

NOMBRE (S): _____
GIVEN NAME(S)

APELLIDO (S): _____
LAST NAME(S)

PAÍS DE RESIDENCIA: _____
COUNTRY OF RESIDENCE

CORREO ELECTRÓNICO: _____
E-MAIL

TELÉFONO CON CÓDIGO DE ÁREA: _____
TELEPHONE WITH AREA CODE

VUELO DE LLEGADA (ARRIVAL FLIGHT):
AEROLÍNEA: _____ **VUELO No:** _____ **ASIENTO No:** _____
AIRLINE *FLIGHT NUMBER* *SEAT NUMBER*

HOTEL DÓNDE ESTÁ HOSPEDADO: _____
HOTEL WHERE IS STAYING

CIUDAD: _____
CITY

01

¿QUÉ PAÍSES O CIUDADES HAS VISITADO EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS?
PLEASE STATE WHICH COUNTRIES HAVE YOU VISITED IN THE LAST 14 DAYS

PAÍS (COUNTRY): _____

CIUDAD (CITY): _____

FECHA DE SALIDA (DEPARTURE DATE): _____

PAÍS (COUNTRY): _____

CIUDAD (CITY): _____

FECHA DE SALIDA (DEPARTURE DATE): _____

PAÍS (COUNTRY): _____

CIUDAD (CITY): _____

FECHA DE SALIDA (DEPARTURE DATE): _____

TEST DE AUTODECLARACIÓN DE SÍNTOMAS DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

02

¿HA ESTADO EN CONTACTO CON UN CASO CONFIRMADO DEL NUEVO CORONAVIRUS?
HAVE YOU BEEN IN CONTACT WITH ANYONE CONFIRMED AS BEING INFECTED WITH CORONAVIRUS?

SI (YES)

NO (NO)

03

INDIQUE LA FECHA EN QUE ESTUVO EN CONTACTO CON EL CASO

DÍA (DAY) _____ **MES (MONTH)** _____ **AÑO (YEAR)** _____

PLEASE STATE THE DATE THAT YOU WERE IN CONTACT WITH THIS PERSON

POR FAVOR, RELLENE EL SIGUIENTE CONTROL DE SALUD:

PLEASE FILL IN THE FOLLOWING HEALTH CHECK

04

¿TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS?

DO YOU HAVE ANY OF THE FOLLOWING SYMPTOMS?

SI (YES)

NO (NO)

TEMPERATURA DE 38°C (100°F) O MÁS

TEMPERATURE OF 38°C (100°F) OR HIGHER

TOS Y/O ESTORNUDOS FRECUENTES

COUGHING OR FREQUENT SNEEZING

SUFRE MALESTAR, DOLOR DE CABEZA O CUALQUIER

PROBLEMA DE SALUD AGUDO

ACHES AND PAINS, HEADACHE OR ANY OTHER ACUTE HEALTH PROBLEMS

DIFICULTAD RESPIRATORIA

RESPIRATORY DISTRESS

FIRMA
SIGNATURE