



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia



CONTROL PREVENTIVO CONTRA EL CORONAVIRUS

← — — — — — →
Preventive control against Coronavirus

DECLARACIÓN DE SALUD
HEALTH STATEMENT

Nombre y Apellido/*Full name*: _____

Edad/*Age*: _____

Sexo/*Gender*: _____

Nacionalidad/*Nacionality*: _____

Tipo de documento/*Type of document*: _____

No. de documento/*ID Number*: _____

Correo electrónico/*Email*: _____

País de procedencia/*Country of origin*: _____

No. de Vuelo/*Flight number*: _____

Ciudad destino en Colombia/*Destination city*:

Dirección residencia en Colombia/*Full address in Colombia*:

Teléfono en Colombia/*Contact phone number in Colombia*:

1. ¿Ha estado en alguno de estos **países** en los **últimos 14 días?** / Have you been in any of these countries in the last 14 days?:

☐ China/China

☐ Japón/Japan

☐ Corea del Sur/South Korea

☐ Italia/Italy

☐ Irán/Iran

☐ Alemania/Germany

☐ España/Spain

☐ Estados Unidos/United States Of America

☐ Ecuador/Ecuador

2. ¿Ha tenido usted alguno de estos **síntomas** en los **últimos 14 días?** / Have you had any of these symptoms in the last 14 days?:

☐ Fiebre/Fever

☐ Fatiga/Fatigue

☐ Tos/Cough

☐ Dolor de garganta/Sore throat

☐ Dificultad para respirar/
Difficulty breathing

☐ Malestar general/General malaise

3. En los **últimos 14 días ha estado en contacto** con **personas** que tuvieran alguno de los anteriores **síntomas.** / During the last 14 days have you been in contact with someone who have had any of the symptoms listed above?

☐ Si/Yes

☐ No/No



www.migracioncolombia.gov.co
Línea Nacional Gratuita: 018000-510454

    **migracioncol**