



BIENVENIDO A CHILE | WELCOME TO CHILE

N° 000000

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

Form fields for personal information including name, gender, travel document, birth date, nationality, entry date, country of origin, transport method, flight/seat numbers, email, and contact numbers.

2. ANTECEDENTES DE VIAJE EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS | Information on travels over the last 30 days

Señale los países en los que usted estuvo en los últimos 30 días | Indicate the countries where you were over the last 30 days

- CHINA | China
OTROS (Especifique) | Other

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

Comprobante de Declaración Jurada para viajeros para prevenir enfermedades por Coronavirus (COVID-19)

FECHA Date fields for Day, Mes, Año

N° 000000

3. 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 SU ESTADÍA EN EL EXTRANJERO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ESTUVO ENFERMO/A? SÍ | YES NO | NO
Were you ill during your stay abroad over the last 30 days?

¿Qué enfermedad? _____ Fecha de primeros síntomas ____ / ____ / ____
What illness? 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

4. DIRECCIONES EN CHILE | Addresses in Chile

Señale las direcciones (o nombre del hotel) y ciudades donde permanecerá en Chile
State the addresses and cities in where you will stay in Chile

	DIRECCIÓN Address	COMUNA District	CIUDAD City	HOTEL Hotel
1				
2				
3				

5. 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 N°
1				
2				
3				
4				

FECHA ____ / ____ / ____
Date Day Month Year

FIRMA | Signature



Infórmese en minsal.cl
o llamando a Salud Responde
More information at minsal.cl
or calling Salud Responde

LLAME A SALUD RESPONDE
600-360-7777
PROFESIONALES DE LA SALUD ATENDIENDO SUS DUDAS LAS 24 HORAS,
LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA