

Declaración de Salud del Viajero

Traveler Health Declaration



MINISTERIO
DE SALUD PÚBLICA

Un formulario por grupo familiar / *One form per family*

1. Información del vuelo / Flight Information:

Nro. Vuelo / Flight Number:

Nro. Asiento / Seat Number:

Fecha de llegada a Ecuador / Date of arrival in Ecuador:

País dónde inició el viaje / Country where your trip started:

Destino final / Final destination:

Conexiones previas / Previous connections: SI / YES NO

Especifique los países y ciudades de conexión /
Specify the countries and cities of connection:

Fecha de llegada al destino final / Arrival date at final destination:

Si el destino final es Ecuador, favor continuar llenando el formulario.
If your final destination is Ecuador, please continue filling out the questionnaire.

2. Datos de identificación del pasajero o responsable del grupo familiar / Identification details of the passenger or head of family group:

Nombres y Apellidos / Full name:

Edad / Age:

Sexo / Gender M F

País / Country:

Ciudad / City:

Dirección de residencia actual / Current home address:

Correo electrónico / E - mail address:

Nro. pasaporte y país de expedición / Passport Number and Country of Issue:

Nro. de contacto / Contact Number:

Nro. de pasajeros que viajan con usted / Number of passengers traveling with you:

Adultos / Adults

Niños / Children

Países o lugares en donde estuvo de visita en los últimos 21 días / Countries or places
you have visited in the last 21 days:

3. Información de contacto / Contact Information

Direcciones en Ecuador donde se va a hospedar en los 21 días posteriores a su llegada / Addresses in
Ecuador where you will be staying for 21 days after arrival:

Ciudad / City:

Provincia / State:

Nro. de teléfono de contacto /
Contact phone number:

Correo electrónico / Email:

Nombre del Hotel / Hotel Name:

Dirección / Address:

4. Sintomatología / Symptomatology

Fiebre / Fever SI / YES NO

Dolor de cabeza / Headache SI / YES NO

Malestar general / General malaise SI / YES NO

Dificultad respiratoria / Breathing difficulty SI / YES NO

Tos seca / Dry cough SI / YES NO

Declaro que la información proporcionada es verdadera.

I declare that the information provided is true.

Fecha / Date: _____ Firma / Signature: _____

Entregar este formulario a su llegada al país en Migración

Submit this form at Immigration upon arrival in the country

Desprendible para el pasajero

En caso de presentar sintomatología durante su estancia en el Ecuador, por favor comunicarse al número **171**

Detachable information for the passenger

If you feel symptoms during your stay in Ecuador, please contact **171**