

<b>DECLARACIÓN DE SALUD DEL VIAJERO/ TRAVELER'S HEALTH DECLARATION</b>		
Los datos deben ser información verdadera/ The data must be true information		
<b>INFORMACION DEL VUELO/F LIGHT INFORMATION</b>		
Nro. Vuelo/Flight number	Nro. Nro. asiento	Fecha de llegada a Ecuador/Date of arrival to Ecuador _____
País y ciudad donde inicio el viaje/ Country where the trip started	Destino final/ Final destination	Conexiones previas/ Previous Connections SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Especifique los países y ciudades de conexión/ Specify the countries and cities of connection		Fecha de llegada al destino final/ Date of arrival at the final destination
Si el destino final es Ecuador continuar con el llenado del formulario/ If the final destination is Ecuador continue filling out the form		
<b>2. DATOS DE IDENTIFICACION/ IDENTIFICATION DATA</b>		
Nombres y Apellidos/ Names and surnames _____ _____	Edad/ Age _____ Sexo/ Sex M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio de viaje
Dirección de residencia/ Residence address	Nro. De contacto/ No. of contact	Correo electrónico/ Email
<b>INFORMACION DE CONTACTO/CONTACT INFORMATION</b>		
Direcciones en Ecuador donde se va a ubicar en los 14 días posteriores a su llegada/ Address in Ecuador where you will be located within 14 days after your arrival		
Ciudad/City	Provincia/Province	Nro. De teléfono del contacto/Contact phone number
Correo electrónico/ Email		
<b>INFORMACION CLINICA EPIDEMIOLOGICA/ EPIDEMIOLOGICAL CLINICAL INFORMATION</b>		
Países y lugares en donde estuvo de visita en los últimos 14 días/Countries or places you have visited in the last 14 days		
Síntomas presentados en las últimas 24 horas/Symptoms seen in the last 24 hours SI/YES <input type="checkbox"/> NO	Fiebre mayor de 38 <sup>o</sup> C/Fever higher than 38 <sup>o</sup> C SI/YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza/Headache SI/YES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>



Tos/Cough SI/YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dolor de garganta/sore throat <input type="checkbox"/> SI/YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha/Date SI/YES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Firma/Signature <input type="text"/>		

