



ANEXO 1. DECLARACIÓN JURADA



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

Apellidos Last Name		Nombres Names		Masculino Male	<input type="checkbox"/>	Femenino Female	<input type="checkbox"/>									
DOCUMENTO DE VIAJE Travel Document	Tipo Type			N° N°												
FECHA DE NACIMIENTO Date of Birth	Día Day	Mes Month	Año Year	NACIONALIDAD Nationality												
FECHA DE INGRESO A CHILE Date of Entry into Chile	Día Day	Mes Month	Año Year	PAÍS DE PROCEDENCIA Country of Origin												
MEDIO DE TRANSPORTE DE INGRESO A CHILE Means of Transport of entry into Chile	Avión Plane	<input type="checkbox"/>	Barco Vessel	<input type="checkbox"/>	Bus Bus	<input type="checkbox"/>	Auto Car	<input type="checkbox"/>	Tren Train	<input type="checkbox"/>	Camión Truck	<input type="checkbox"/>	Moto Motorcycle	<input type="checkbox"/>	Otro Other	<input type="checkbox"/>
N° DE VUELO (si corresponde) Flight N° (if applicable)	N° DE ASIENTO Seat N°		CONTROL FRONTERIZO DEL INGRESO Border Control of Entry													
EMAIL E-mail	TELÉFONOS DE CONTACTO Contact phone numbers		1.					2.								

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. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

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

Affidavit for Travelers to prevent coronavirus diseases (COVID-19)

FECHA
Date

Día
Day

Mes
Month

Año
Year

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
Día / Mes / Año
Day / Month / Year

ACTUALMENTE, ¿USTED PRESENTA ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS? | *Do you currently have any of these symptoms?*

<input type="checkbox"/> Tos <i>Cough</i>	<input type="checkbox"/> Fiebre <i>Fever</i>	<input type="checkbox"/> Manchas en la piel <i>Skin rash</i>
<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <i>Difficult breathing</i>	<input type="checkbox"/> Dolor muscular <i>Muscle pain</i>	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <i>Headache</i>
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta <i>Sore throat</i>		<input type="checkbox"/> Náusea / Vómito <i>Nausea / Vomiting</i>
<input type="checkbox"/> Secreciones nasales <i>Runny nose</i>		<input type="checkbox"/> Dolor articular <i>Joint pain</i>

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 <i>Address</i>	COMUNA <i>District</i>	CIUDAD <i>City</i>	HOTEL <i>Hotel</i>
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 <i>Names</i>	APELLIDOS <i>Last Name</i>	TIPO DOCUMENTO DE VIAJE <i>Travel Document</i>	
			TIPO <i>Type</i>	Nº <i>Nº</i>
1				
2				
3				
4				

FECHA _____ / _____ / _____
Date Día / Mes / Año
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.