

ANEXO 4
MODELO DE DECLARACIÓN DE SANIDAD DEL VIAJERO

Modelo 82-33-02 Control Sanitario Internacional	República de Cuba <i>Republic of Cuba</i> Ministerio de Salud Pública <i>Ministry of publichealth</i>	 <small>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA República de Cuba</small>
Declaración de Sanidad del Viajero/Sanitary statement for travellers		
Nombres y Apellidos/names and surnames: _____		
Nacionalidad/nationality _____	Vuelo #/Línea aérea/Flight # / airline _____	Fecha de arribo/arrival date _____
Pasaporte/Passport: _____	Carnet de Identidad/permanent identity _____	
Países visitados en los últimos 15 días/countries visited in the last 15 days _____		
Motivo del viaje/Reason for the trip: _____ Turismo/tourism: _____ Visita/Visit: _____ Trabajo/Job _____ Colaborador/colaborator _____ Organismo, ¿Cuál?: _____ organism which?		
Dirección en Cuba/adress in Cuba: Calle/street: _____ No. _____ Apto _____ Entre/between streets: _____ y/and _____ Reparto/division _____ Localidad/Location: _____ Hotel/hotel: _____		
Municipio/Municipality : _____ Provincia/Province _____		
Teléfono o móvil/phone or mobile: _____		
Ha presentado en los últimos 15 días/He has presented in the last 15 days: Fiebre/fever: SI ___ NO ___ Tos/ Cough: SI ___ NO ___ Erupción/Rasch: SI ___ NO ___ Diarreas/Diarrhea: SI ___ NO ___ Conjuntivitis/Conjunctivitis: SI ___ NO ___ Coriza/ Coryza: SI ___ NO ___ Pérdida del olfato/ Loss of smell: SI ___ NO ___ Falta de Aire/ Shortness of breath SI ___ NO ___ Rinitis/ Rhinitis SI ___ NO ___ Pérdida del gusto/Loss of taste SI ___ NO ___ Astenia/Asthenia SI ___ NO ___ Decaimiento/Weakenig SI ___ NO ___		
Ha estado en contacto con alguna persona con estos síntomas/You have been in contact with someone with these symptoms: Si ___ No ___		
Hago contar que lo señalado responde a la verdad y hago declaración jurada ante las autoridades sanitarias, conciente que la violación infringe las disposiciones sanitarias de la República de Cuba / <i>certify that the aforementioned responds to the truth and I declare I sworn before the health authorities aware that the violation infringes the sanitary provisions of the Republic of Cuba.</i>		
Firma/Signature: _____ Firma de la Autoridad Sanitaria/Signature of the Sanitary Authority: _____		