

Proceso de Control sanitario internacional en aduana entrega de las boletas

Anexo		
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 public health</i>	 <small>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA República de Cuba</small>
Declaración de Sanidad del Viajero/Sanitary statement for travellers		
Nombres y Apellidos/ <i>Names and surnames:</i> _____		
Nacionalidad/ <i>Nationality</i>	Vuelo #/Línea aérea/ <i>Flight # / Airline</i>	Fecha de arribo/ <i>Arrival date</i>
Pasaporte/ <i>Passport:</i>	Carnet de Identidad/ <i>Permanetidentity</i>	
Países visitados en los últimos 15 días/ <i>Countries visited in the last 15 days</i>		
Motivo del viaje/ <i>Reason for the trip:</i> Turismo/ <i>Tourism:</i> _____ Visita/ <i>Visit:</i> _____ Trabajo/ <i>Job</i> _____ Colaborador/ <i>Colaborator</i> _____ Organismo, ¿Cuál?/ <i>Organism which?</i> _____		
Dirección en Cuba/ <i>Address in Cuba:</i> Calle/ <i>Street:</i> _____ No. _____ Apto _____ Entre/ <i>Between streets:</i> _____ y/ <i>and</i> _____ Reparto/ <i>Division</i> _____ Localidad/ <i>Location:</i> _____ Hotel/ <i>Hotel:</i> _____		
Municipio/ <i>Municipality</i> : _____ Provincia/ <i>Province</i> _____		
Teléfono o móvil/ <i>Phone or mobile:</i> _____		
Ha presentado en los últimos 15 días/ <i>He has presented in the last 15 days:</i> Fiebre/ <i>fever:</i> SI ___ NO ___ Tos/ <i>Cough:</i> SI ___ NO ___ Erupción/ <i>Rasch:</i> SI ___ NO ___ Diarreas/ <i>Diarrhea:</i> SI ___ NO ___ Conjuntivitis/ <i>Conjunctivitis:</i> SI ___ NO ___ Coriza/ <i>Coryza:</i> SI ___ NO ___ Pérdida del olfato/ <i>Loss of smell:</i> SI ___ NO ___ Falta de Aire/ <i>Shortness of breath</i> SI ___ NO ___ Rinitis/ <i>Rhinitis</i> SI ___ NO ___ Pérdida del gusto/ <i>Loss of taste</i> SI ___ NO ___ Astenia/ <i>Asthenia</i> SI ___ NO ___ Decaimiento/ <i>Decay</i> SI ___ NO ___		
Ha estado en contacto con alguna persona con estos síntomas/ <i>You have been in contact with someone with these symptoms:</i> 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 It sworn before the health authorities aware that the violation infringes the sanitary provisions of the Republic of Cuba.</i>		
Firma/ <i>Signature:</i> _____		
Firma de la Autoridad Sanitaria/ <i>Signature of the Sanitary Authority:</i> _____		