



TESÁ HA TEKÓ  
PORÁVE  
Mbovoniakha  
MINISTERIO DE SALUD  
Y BIENESTAR SOCIAL

TETÁ REKUÁI  
GOBIERNO NACIONAL

Paraguay  
tetaguara  
mba'e

FICHA DE SALUD DEL VIAJERO

La veracidad de estos datos es fundamental para la protección de su salud y la de otras personas.

Medio de transporte	Nombre empresa de transporte - Nro. Vuelo	Nro de asiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMACION PERSONAL

Nombre completo

Edad  Sexo

Nº Pasaporte/Cedula de Identidad  País Emisor

Domicilio comercial calles  N°

Ciudad  País

Domicilio particular calles  N°

Ciudad  País

Teléfono 1  Motivo de viaje

Teléfono 2

Nombre completo de persona de contacto en el país

Correo electrónico

Puerto/Aeropuerto/Terminal de ómnibus de origen  Fecha de ingreso

Países y ciudades por donde circulo en los últimos 21 días

País	Ciudad	Fecha Ingreso	Fecha Egreso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Signos y Síntomas observados en los últimos 15 días

Fiebre <input type="checkbox"/>	Tos <input type="checkbox"/>
Dolor de garganta <input type="checkbox"/>	Cefalea <input type="checkbox"/>
Dificultad para respirar <input type="checkbox"/>	Hematomas o sangrados sin traumatismo <input type="checkbox"/>
Diarrea <input type="checkbox"/>	Coloración amarillenta de la piel.Ictericia <input type="checkbox"/>
Vomito <input type="checkbox"/>	Perdida del olfato <input type="checkbox"/>
Erupciones Cutáneas <input type="checkbox"/>	Perdida del gusto <input type="checkbox"/>
	Otro Signos y Síntomas <input type="checkbox"/>

Tuvo Contacto cercano con personas enfermas en las últimas 3 semanas

Describe que enfermedad tenía la persona con la que estuvo en contacto/s

DIRECCIÓN PARA CONTACTO EN PARAGUAY PARA LOS PRÓXIMOS 21 DÍAS

Departamento  Ciudad  Barrio

Dirección de la casa calles  Teléfono 1

Teléfono 2

Nombre completo de persona de contacto

Teléfono 1

Teléfono 2

ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN

Cuenta con tarjeta internac. de vacunación contra la Fiebre Amarilla

Cuenta con tarjeta de vacunación contra el Sarampión

Cuenta con tarjeta de vacunación contra la Influenza

Cuenta con tarjeta de vacunación contra la Poliomeilitis

Cuenta con tarjeta de vacunación contra la Hepatitis

Cuenta con tarjeta de vacunación contra la Tos Ferina

Cuenta con tarjeta de vacunación contra la Meningitis

ESTUDIOS LABORATORIALES REALIZADOS DE ENFERMEADES DE IMPORTANCIA INTERNACIONAL

HISOPADO NASOFARÍNGEO (SARS COV-2 por técnica PCR-RT) 72hs. Antes de su Viaje

ADJUNTAR ARCHIVOS RELACIONADOS

CUARENTENA Y AISLAMIENTO

Usted cuenta con un test (Técnicas de detección de ARN: RT-PCR / LAMP /NAAT) con resultado negativo, realizado en un tiempo no superior a 72 horas antes del embarque, por lo que no realizará aislamiento  Sí

Usted es menor de 10 años cumplidos NO necesita test (Técnicas de detección de ARN: RT-PCR / LAMP /NAAT) para ingresar al Paraguay.  Sí

Usted ya se enfermó de COVID-19 desde los 14 y hasta 90 días previos al ingreso al país, deberá acreditar dicha situación mediante resultados laboratoriales al embarque y su llegada al país.  Sí

Usted es paraguayo o residente extranjero en el país y no cuenta con el test (Técnicas de detección de ARN: RT-PCR / LAMP /NAAT) y realizará un test ARN: RT-PCR / LAMP / NAAT en las primeras 24 horas desde su arribo al paraguay y guardará aislamiento hasta obtener el resultado.  Sí

Usted es Tripulante de medios de transporte (aéreo, terrestre o fluvial)  Sí

DECLARACIÓN JURADA

Que doy fe de la veracidad de los datos consignados en la "Ficha de Declaración del Viajero"

Que cuento con la suficiente información sobre los riesgos de contagio por SARS CoV-2 COVID-19

Me comprometo a cumplir estrictamente todas las medidas sanitarias indicadas por el Ministerio de Salud e informar que de iniciar síntomas que sospeche COVID-19 debo realizar aislamiento, comunicar al Ministerio de Salud (Centro de Llamadas 154) y realizar una prueba laboratorial para descartar SARS CoV-2 por RT-PCR

El incumplimiento de esta declaración será pasible de una sanción de 100 jornales.

Acepto declaración jurada