

VISITOR HEALTH DECLARATION FORM / FORMATO DE DECLARACIÓN DE SALUD DE VISITANTES

Visitor's Name: <i>Nombre del Visitante:</i>	
Passport - ID / DNI:	
Company name: <i>Nombre de la Empresa:</i>	
Telephone contact: <i>Teléfono de contacto:</i>	
Date of visit: <i>Fecha de visita:</i>	

1. Mention if you have one of the following symptoms: fever, cough, general malaise. Shortness of breath, sore throat.

1. Mencione si presenta uno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, malestar general. Dificultad respiratoria, dolor de garganta.

YES / SI ()

NO ()

2. Have you had contact with someone who has been in a place (National or international) affected by COVID-19?

2. ¿Ha tenido contacto con alguien que ha estado en un lugar (Nacional o internacional) afectado por COVID-19?

YES / SI ()

NO ()

3. Have you had contact with someone suspected or with a confirmed diagnosis of COVID-19?

3. ¿Ha tenido contacto con alguien sospechoso o con diagnóstico confirmado de COVID-19?

YES / SI ()

NO ()

4. Have you been out of the country in the last 14 days?

4. ¿Has estado fuera del país en los últimos 14 días?

YES / SI ()

NO ()

If yes, where did you travel? / *¿En caso de Sí, a donde viajó?:* _____

SIGNATURE / FIRMA:.....