


<p>Modelo 82-33-02 Control Sanitario Internacional</p>	<p>República de Cuba <i>Republic of Cuba</i> Ministerio de Salud Pública <i>Ministry of Public Health</i></p>	 <p>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA República de Cuba</p>																								
<p align="center">Declaración de Sanidad del Viajero/Sanitary Statement for Travellers</p>																										
<p>Nombres y Apellidos/Names and surnames:</p>																										
<p>Nacionalidad/ Nationality</p>	<p>Vuelo #/Línea aérea/Flight # / Airline</p>	<p>Fecha de arribo/ Arrival date</p>																								
<p>Pasaporte/Passport:</p>	<p>Carnet de Identidad/ Permantet Identity</p>																									
<p>Países visitados en los últimos 15 días/Countries visited in the last 15 days</p>																										
<p>Motivo del viaje/Reason for the trip: Turismo/ Tourism: ____ Visita/Visit: ____ Trabajo/Job ____ Colaborador/Colaborator ____ Organismo, ¿Cuál?: _____ <i>Organism which?</i></p>																										
<p>Dirección en Cuba/Address in Cuba: Calle/Street: _____ No. _____ Apto _____ Entre/Between streets: _____ y/and _____ Reparto/Division _____ Localidad/Location: _____ Hotel/Hotel: _____</p>																										
<p>Municipio/Municipality : _____ Provincia/Province _____</p>																										
<p>Teléfono o móvil/Phone or mobile:</p>																										
<p>Ha presentado en los últimos 15 días/He has presented in the last 15 days:</p> <table border="0"> <tr> <td>Fiebre/fever:</td> <td>SI ___ NO ___</td> <td>Tos/ Cough:</td> <td>SI ___ NO ___</td> </tr> <tr> <td>Erupción/Rasch:</td> <td>SI ___ NO ___</td> <td>Diarreas/Diarrhea:</td> <td>SI ___ NO ___</td> </tr> <tr> <td>Conjuntivitis/Conjunctivitis:</td> <td>SI ___ NO ___</td> <td>Coriza/ Coryza:</td> <td>SI ___ NO ___</td> </tr> <tr> <td>Perdida del olfato/ Loss of smell:</td> <td>SI ___ NO ___</td> <td>Falta de Aire/ Shortness of breath</td> <td>SI ___ NO ___</td> </tr> <tr> <td>Rinitis/ Rhinitis</td> <td>SI ___ NO ___</td> <td>Perdida del gusto/Loss of taste</td> <td>SI ___ NO ___</td> </tr> <tr> <td>Astenia/Asthenia</td> <td>SI ___ NO ___</td> <td>Decaimiento/Decay</td> <td>SI ___ NO ___</td> </tr> </table>			Fiebre/fever:	SI ___ NO ___	Tos/ Cough:	SI ___ NO ___	Erupción/Rasch:	SI ___ NO ___	Diarreas/Diarrhea:	SI ___ NO ___	Conjuntivitis/Conjunctivitis:	SI ___ NO ___	Coriza/ Coryza:	SI ___ NO ___	Perdida del olfato/ Loss of smell:	SI ___ NO ___	Falta de Aire/ Shortness of breath	SI ___ NO ___	Rinitis/ Rhinitis	SI ___ NO ___	Perdida del gusto/Loss of taste	SI ___ NO ___	Astenia/Asthenia	SI ___ NO ___	Decaimiento/Decay	SI ___ NO ___
Fiebre/fever:	SI ___ NO ___	Tos/ Cough:	SI ___ NO ___																							
Erupción/Rasch:	SI ___ NO ___	Diarreas/Diarrhea:	SI ___ NO ___																							
Conjuntivitis/Conjunctivitis:	SI ___ NO ___	Coriza/ Coryza:	SI ___ NO ___																							
Perdida del olfato/ Loss of smell:	SI ___ NO ___	Falta de Aire/ Shortness of breath	SI ___ NO ___																							
Rinitis/ Rhinitis	SI ___ NO ___	Perdida del gusto/Loss of taste	SI ___ NO ___																							
Astenia/Asthenia	SI ___ NO ___	Decaimiento/Decay	SI ___ NO ___																							
<p>Ha estado en contacto con alguna persona con estos síntomas/You have been in contact with someone with these symptoms: Si ___ No ___</p>																										
<p>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></p>																										
<p>Firma/Signature: _____ Firma de la Autoridad Sanitaria/Signature of the Sanitary Authority: _____</p>																										