

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>	 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA República de Cuba																								
Declaración de Sanidad del Viajero/Sanitary Statement for Travellers																										
Nombres y Apellidos/Names and surnames:																										
Imię i nazwisko																										
Nacionalidad/ Nationality Narodowość	Vuelo #/Línea aérea/Flight # / Airline Linia lotnicza	Fecha de arribo/ Arrival date Data przybycia																								
Pasaporte/Passport: Nr paszportu	Carnet de Identidad/ Permantet Identity																									
Países visitados en los últimos 15 días/Countries visited in the last 15 days																										
kraje odwiedzone w ostatnich 15 dniach																										
Motivo del viaje/Reason for the trip: cel podróży																										
Turismo/ Tourism: X Visita/Visit: Trabajo/Job Colaborador/Colaborator Organismo, ¿Cuál?:																										
adres hotelu Dirección en Cuba/Address in Cuba: Calle/Street: ulica No. numer Apto - Entre/Between streets: - y/and - Reparto/Division region Localidad/Location: miasto Hotel/Hotel: nazwa hotelu																										
Municipio/Municipality : miasto Provincia/Province region																										
Teléfono o movil/Phone or mobile: nr telefonu																										
Ha presentado en los últimos 15 días/He has presented in the last 15 days: czy w ostatnich 15 dniach wystąpiły u ciebie poniższe objawy <table border="0"> <tr> <td>Fiebre/fever: gorączka</td> <td>SI ___ NO ___</td> <td>Tos/ Cough: kaszel</td> <td>SI ___ NO ___</td> </tr> <tr> <td>Erupción/Rasch: wysypka</td> <td>SI ___ NO ___</td> <td>Diarreas/Diarrhea: biegunka</td> <td>SI ___ NO ___</td> </tr> <tr> <td>Conjuntivitis/Conjunctivitis: zapalenie spojówek</td> <td>SI ___ NO ___</td> <td>Coriza/ Coryza: katar</td> <td>SI ___ NO ___</td> </tr> <tr> <td>Perdida del olfato/ Loss of smell: utrata węchu</td> <td>SI ___ NO ___</td> <td>Falta de Aire/ Shortness of breath: płytki oddech</td> <td>SI ___ NO ___</td> </tr> <tr> <td>Rinitis/ Rhinitis: zapalenie śluzówki nosa</td> <td>SI ___ NO ___</td> <td>Perdida del gusto/Loss of taste: utrata smaku</td> <td>SI ___ NO ___</td> </tr> <tr> <td>Astenia/Asthenia: osłabienie</td> <td>SI ___ NO ___</td> <td>Decaimiento/Decay: złe samopoczucie</td> <td>SI ___ NO ___</td> </tr> </table>			Fiebre/fever: gorączka	SI ___ NO ___	Tos/ Cough: kaszel	SI ___ NO ___	Erupción/Rasch: wysypka	SI ___ NO ___	Diarreas/Diarrhea: biegunka	SI ___ NO ___	Conjuntivitis/Conjunctivitis: zapalenie spojówek	SI ___ NO ___	Coriza/ Coryza: katar	SI ___ NO ___	Perdida del olfato/ Loss of smell: utrata węchu	SI ___ NO ___	Falta de Aire/ Shortness of breath: płytki oddech	SI ___ NO ___	Rinitis/ Rhinitis: zapalenie śluzówki nosa	SI ___ NO ___	Perdida del gusto/Loss of taste: utrata smaku	SI ___ NO ___	Astenia/Asthenia: osłabienie	SI ___ NO ___	Decaimiento/Decay: złe samopoczucie	SI ___ NO ___
Fiebre/fever: gorączka	SI ___ NO ___	Tos/ Cough: kaszel	SI ___ NO ___																							
Erupción/Rasch: wysypka	SI ___ NO ___	Diarreas/Diarrhea: biegunka	SI ___ NO ___																							
Conjuntivitis/Conjunctivitis: zapalenie spojówek	SI ___ NO ___	Coriza/ Coryza: katar	SI ___ NO ___																							
Perdida del olfato/ Loss of smell: utrata węchu	SI ___ NO ___	Falta de Aire/ Shortness of breath: płytki oddech	SI ___ NO ___																							
Rinitis/ Rhinitis: zapalenie śluzówki nosa	SI ___ NO ___	Perdida del gusto/Loss of taste: utrata smaku	SI ___ NO ___																							
Astenia/Asthenia: osłabienie	SI ___ NO ___	Decaimiento/Decay: złe samopoczucie	SI ___ NO ___																							
Ha estado en contacto con alguna persona con estos síntomas/You have been in contact with someone with these symptoms: Si ___ No ___ czy miałeś kontakt z kimś z powyższymi objawami																										
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> Potwierdzam, że wszystkie udzielone odpowiedzi są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę z konsekwencji podawania nieprawdźwych informacji																										
Firma/Signature: podpis składającego deklarację Firma de la Autoridad Sanitaria/Signature of the Sanitary Authority:																										