

1. Meios de Transporte Medio de Transporte Means of Transportation		☐ Aeronave / Airplane / Aéreo ☐ Embarcação / Ship / Embarcación ☐ Terrestre / Vehicle / Terrestro	
Local de entrada / Port of Arrival / Lugar de entrada _____		Data/Date/Fecha Ingreso ____/____/____	
2. Empresa: N° de voo/embarcação/ veículo terrestre Company: Fly N°/ Name of de Ship / Land vehicle Empresa: N° vuelo/ embarcación/ vehículo terrestre _____		Assento/ Camarote Seat / Cabin Asiento/ Cabina _____	
3. Nome Completo / Full Name / Nombre Completo: _____		Data Nascimento: Birth Date: Fecha Nasc.: ____/____/____	
N° do Passaporte ou C. de Identidade e País Emissor: Passport Number or Identity Card and Issuing Country: N° de Pasaporte o Cédula de Identidad y País emisor: _____		Sexo / Sex / Sexo: M ☐ F ☐	
4 - Países e locais por onde circulou nos últimos 14 dias/ Country and places where you have been in the last 14 days/ Países y ciudades por donde circuló en los últimos 14 días: _____ _____ _____			
5 -Destino - Previsão de Conexão-Escala Destination – Scheduled Connection/Place of Call Destino - conexiones-escalas previstas _____			
Empresa: N° Voo / Embarcação / Veículo Terrestre: Company: Flight Nr. /Name of the Ship / Land Vehicle: Empresa: N° de vuelo/ Embarcación / Vehículo Terrestre: _____		Data / Date / Fecha ____/____/____	
6 – Sinais e sintomas observados nos últimos 10 dias/ Signs and symptoms observed in the last 10 days/ Signos y síntomas observados en los últimos 10 días			
Febre / Fever/Fiebre ☐		Tosse/ cough/ tos ☐	
Diarréia/ diarrhea/ diarrea ☐		Vômito/ vomit/ vómito ☐	
dor de cabeça,/ headache/ dolor de cabeza ☐		dores musculares/ muscular pain/dolor muscular ☐	
Pele ou olhos amarelos/ jaundice/ piel u ojos amarillos ☐		Sangramento anormal/ haemorrhage/ sangrado anormal ☐	
7 - Endereço(s) para contato nos próximos 14 dias: Address(es) where you can be found over the next 14 days: Dirección(es) para contacto en los próximos 14 días: _____ _____			
Cidade(s)/City(ies)/Ciudad(es): _____ _____		Estado(s)/State(s)/Provincia/Depto/Region: _____ _____	
		País(es)/Country(ies)/País(es): _____ _____	
e-mail/correo electrónico		Telefone/ Phone/Teléfono	
8. Pessoa de contato/Contact point/Persona de contacto: Nome Completo / Full Name / Nombre Completo _____		Cidade(s)/City(ies)/Ciudad(es): _____	
País/Country/País: _____		Telefone/ Phone/Teléfono _____	
9. Data/Date/Fecha ____/____/____		Assinatura do viajante/Traveller's signature/Firma del viajero _____	
USO OFICIAL/OFFICIAL USER/ USO OFICIAL DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO VIAJANTE HEALTH TRAVELLER DECLARATION DECLARACIÓN DE SALUD DEL VIAJERO			
10. Data/Date/Fecha ____/____/____		Nome Completo / Full Name / Nombre Completo _____	
Empresa: N° Voo / Embarcação / Veículo Terrestre: Company: Flight Nr. /Name of the Ship / Land Vehicle: Empresa: N° de vuelo/ Embarcación / Vehículo Terrestre:			

Instruções de preenchimento

1. IDENTIFICAÇÃO DO TIPO DE MEIO DE TRANSPORTE.

Marque com um X a opção que corresponde ao meio de transporte em que ingressou ao país. Informe o local de entrada no País e a data de chegada.

2. ESPECIFICAÇÃO DO MEIO DE TRANSPORTE.

Caso tenha chegado de avião, informe a companhia aérea, o nº do voo e no campo ao lado, o número do assento. Se tiver chegado de navio ou veículo terrestre, informe o nome da embarcação ou o nome da empresa terrestre e no campo ao lado, o número da cabine ou assento.

3. IDENTIFICAÇÃO DO PASSAGEIRO.

Informe o nome completo, sem abreviações, de forma legível, de preferência com letra de forma.

No campo ao lado, informe a data de nascimento (dia/mês/ano). Na linha abaixo, informe nº do passaporte ou o nº da carteira de identidade e país emissor. Ao lado, informe o sexo com um X.

4. DECLARAÇÃO DO TRECHO PERCORRIDO.

Informar todos os países e cidades por onde passou nos últimos 14 dias.

5. DESTINO.

Informar destino, conexões e escalas previstas. Na linha abaixo, informar a(s) companhia(s) aérea(s) e nº do voo da escala ou conexão ou o nome da embarcação ou o nome da empresa terrestre. Ao lado, informe a data prevista para embarque.

6. IDENTIFICAÇÃO DOS SINTOMAS.

Marque com um X nas opções correspondentes aos sintomas observados nos últimos 10 dias.

7. LOCALIZAÇÃO DO PASSAGEIRO.

Escreva endereço(s) para contato nos próximos 14 dias de forma que seja possível localizá-lo rapidamente em caso de necessidade. Informe cidade(s), Estado(s), País(es), e-mail(s) e telefone(s) possíveis de encontrá-lo.

8. PESSOA DE CONTATO: colocar o nome completo. Nas lacunas ao lado e abaixo, colocar cidade, país e telefones.

9. DATA E ASSINATURA: colocar a data de preenchimento e assinar a Declaração de Saúde do Viajante.

Instructions for filling out the form

1. IDENTIFICATION OF THE TYPE OF TRANSPORT

Mark with X the box that corresponds to the means of transport in which you arrived at country.

2. SPECIFICATION OF THE MEANS OF TRANSPORT.

Inform the place of entry in the Country and the date of arrival. If you arrived by airplane, inform the flight company, flight number and, in the field to the side, number of seat. If you arrived by ship or land vehicle, inform the name of the ship or vehicle and in the field to the side, the cabin or seat.

3. IDENTIFICATION OF THE PASSENGER.

Inform full name, without abbreviations, legibly, preferably printed. In the field to the side, inform the date of birth (day/month/year). In the line below, inform passport number or identity card number and issuing country. To the side, indicate gender with X.

4. STATEMENT OF THE AREAS WHERE YOU HAVE TRAVELED.

Inform all the countries and places you have been to in the last 14 days.

5. DESTINATION FIELD.

Inform destination, scheduled connections and places of call. In the line below, flight company(ies) and flight number of connection or call or the name of the vessel and land vehicle. To the side, inform scheduled embarkation date.

6. IDENTIFICATION OF THE SYMPTOMS.

Mark with X the boxes that correspond to the symptoms observed over the last 10 days.

7. LOCATING THE PASSENGER.

Write address (es) where you will be in the next 14 days, so that you can be contacted quickly if necessary. Inform City (ies), State(s), Country(ies), E-mail(s) and Phone number(s) where you can be found.

8. CONTACT POINT: write the full name of other person (contact point). In the line below and field to the side, inform phone, address, city, and country.

9. Remember to write the date you filled out the form and to sign the Traveler's Health Declaration.

Instrucciones para llenar la tarjeta

1. IDENTIFICACIÓN DEL TIPO DE MEDIO DE TRANSPORTE.

Marque con una X la opción que corresponde al medio de transporte en el que ingresó al país. Informe el lugar de ingreso al País y la fecha de llegada.

2. ESPECIFICACIÓN DEL MEDIO DE TRANSPORTE.

En el caso de que haya llegado en avión, informe la compañía aérea, el nº del vuelo y, en la casilla de al lado, el nº del asiento. Si hubiera llegado en barco o vehículo terrestre, informe el nombre de la embarcación o nombre de la empresa terrestre y en la casilla de al lado, la cabina o el asiento.

3. IDENTIFICACIÓN DEL PASAJERO.

Informe el nombre completo, sin abreviarlo, de forma legible, de preferencia con letra de imprenta. En el campo al lado, informe la fecha de nacimiento (día/mes/año). En la línea de abajo, informe el nº del pasaporte o el nº de la cédula de identidad y el país emisor. Al lado, informe el sexo con una X.

4. DECLARACIÓN DEL TRAMO RECORRIDO.

Informar todos los países y ciudades por donde pasó en los últimos 14 días.

5. DESTINO.

Informar destino, conexiones o escalas previstas. En la línea de abajo informar la(s) compañía(s) aérea(s) y nº del vuelo de la escala o conexión o el nombre de la embarcación o nombre de la empresa terrestre. Al lado, informe la fecha prevista para el embarque.

6. IDENTIFICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS.

Marque con una X las opciones correspondientes a los síntomas observados en los últimos 10 días.

7. LOCALIZACIÓN DEL PASAJERO:

Consigne dirección(es) para contacto en los próximos 14 días para su rápida localización en caso de necesidad, y en las casillas de abajo, las ciudad(es), los Estado(s)/provincia(s),/dpto(s)/región(es), los País(es), correo (s) electrónico(s) y Teléfono(s) donde sea posible encontrarle.

8. PERSONA DE CONTACTO: consigne el nombre y apellido completo de una persona que conozca su itinerario y pueda contactarlo. En las casillas de al lado y abajo consignar ciudad, país y teléfonos

9. FECHA Y FIRMA: Recuerde colocar la fecha en que fue llenada la tarjeta y firmar la Declaración de Salud del Viajero.

Actualización Complementaria / Complementary Update.
Aclaración: La presente amplía el cuerpo principal de la Declaración Jurada, no la sustituye. Se solicita completar y firmar ambas / Clarification: This expands the main body of the Affidavit, it does not replace it. It is requested to complete and sign both.

Actualización de Declaración Jurada de Salud del Viajero en virtud de la Resolución 1472/2020 del Ministerio de Salud de la Nación y la Disposición 3025/2020 de la Dirección Nacional de Migraciones / Update of the Affidavit of Health of the Traveler by virtue of Resolution 1472/2020 of the Ministry of Health of the Nation and Provision 3025/2020 of the National Directorate of Migration.

Complemente las respuestas dadas en el punto 6, con relación a los siguientes síntomas / Compliment your answers given in point 6 in relation to the following signs / symptoms:

– Signos y/o síntomas presentados en los últimos 14 días / signs and/or symptoms presented in the last 14 days: **(Definición de caso sospechoso COVID-19 actualizada al 11/09/2020) / (Definition of suspected COVID-19 case updated to 09/11/2020)**

Falta repentina de olfato y/o gusto / anosmia and/or dysgeusia ☐

Mialgia / myalgia ☐

Sírvase responder además la siguiente pregunta / Please respond to the following question:

Estuvo en contacto estrecho (definición de contacto estrecho: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/definicion-de-caso>) con un caso confirmado COVID-19 en los últimos 14 días? / You were in close contact with a COVID-19 confirmed case within the last 14 days?

SI/YES ☐

NO ☐

Además si Ud. es extranjero no residente en Argentina y va a realizar Actividades Técnico Económicas, Deportivas O Profesionales con una permanencia menor a 14 días en el País, sírvase declarar expresamente / Please declare if you are a foreigner and you are going to carry out technical, economic, sportif or profesional activities with a permanence of less tan 14 days in the country.

Declaro expresamente que acompaño a la presente un certificado médico que indica que no tengo síntomas compatibles con COVID 19 / I certify that I'm presenting a medical certificate stating no COVID 19 symptoms.

SI/YES ☐

Acompaño certificado / I attach certificate.

SI/YES ☐

USO OFICIAL/OFFICIAL USER/
HEALTH TRAVELLER DECLARATION
DECLARACION DE SALUD DEL VIAJERO

Data / Fecha

Full Name / Nombre Completo

...../...../.....

.....

Company: Flight Nr. /Name or the Ship / Land Vehicle:
Empresa: N° de vuelo/ Embarcación / Vehículo Terrestre