Gobierno Bolivariano de Venezuela | Ministerio del Poder Popular para la Salud

FORMULARIO DE LOCALIZACIÓN DE PASAJERO (FLP)

Para proteger su salud, los funcionarios de salud pública necesitan que usted conteste este formulario cuando sospechen la presencia de una enfermedad contagiosa a bordo de un vuelo. La información que proporcione ayudara a los funcionarios de salud pública a ponerse en contacto con usted en caso de que haya estado expuesto a una enfermedad contagiosa. Es importante que conteste es formulario en forma completa y exacta. La información solicitada se conservara de conformidad con la legislación aplicable y se utilizara exclusivamente para fines de salud pública. ***Gracias***

Un miembro adulto de cada familia deberá contestar un formulario. Escribir en MAYUSCULA. Dejar casilla en blanco para los espacios entre palabras

INFORMACIÓN DE VUELO: 1. Línea aérea | 2. Nro. Vuelo | 3. Nro. Asiento | 4. Fecha (dd/mm/aaaa)

INFORMACIÓN PERSONAL: 5. Apellido | 6. Nombre de pila | 7. Sexo Masculino ☐ Femenino ☐

8. Fecha nacimiento | 9. Edad | 10. Numero documento de viaje / C.I. | 11. País de nacionalidad

12. País de residencia | 13. Aeropuerto de origen

14. **HISTORIAL DE VIAJE**: Indique todos los países/regiones y ciudades que usted y su grupo de viaje hayan visitado (tránsito o escala) o atravesado en los últimos 14 días antes de su arribo (incluyendo los puertos y aeropuertos), mencionando las fechas de su visita. Comience por el país más reciente.

	País	Ciudad	Fecha (dd/mm/aaa)
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			

NÚMEROS(S) DE TELÉFONO donde se le pueda encontrar, de ser necesario. Incluir el código del país y de la ciudad

15. Móvil | 16. Trabajo

17. Domicilio | 18. Otros

19. Correo electrónico

DIRECCIÓN PERMANENTE: 20. Número y calle (separar con una casilla vacía, los números y nombres) | 21. Nro. Apto

22. Ciudad | 23. Estado/Provincia

24. País | 25. Código Postal

DIRECCIÓN TEMPORAL: Si es visitante, solo escriba el lugar que visitara primero.

26. Nombre del hotel (si es el caso) | 27. Número y calle (separar con una casilla vacía, los números y nombres) | 28. Nro. Apto

29. Ciudad | 30. Estado/Provincia

31. País | 32. Código Postal

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA CASOS DE URGENCIA, de la persona que pueda ponerse en contacto con usted en los próximos 30 días.

33. Apellido | 34. Nombre | 35. Ciudad

36. País | 37. Correo electrónico

38. Número de teléfono móvil | 39. Otro número de teléfono

40. COMPAÑEROS DE VIAJE – MIEMBROS DE LA FAMILIA: Incluir la edad solamente si es menor de 18 años.

	Apellido	Nombre	Nro. Asiento	Edad (-) 18
(1)				
(2)				
(3)				
(4)				

FORMULARIO DE LOCALIZACIÓN DE PASAJERO (FLP)

41. COMPAÑEROS DE VIAJE – NO MIEMBROS DE LA FAMILIA: También incluir el nombre del grupo (si es el caso).

	Apellido	Nombre	Grupo (tour, equipo, empresa otros)
(1)			
(2)			

FORMULARIO DE AUTODECLARACIÓN SANITARIA DE COVID-19 PARA PUBLICO PASAJERO

CUESTIONARIO OBLIGATORIO DE SALUD PARA INGRESAR AL PAIS

Respecto a la emergencia de salud declarada COVID-19, es obligatorio responder las siguientes preguntas

Si es necesario se realizara una evaluación médica a su llegada

42. ¿Durante los últimos 14 días, ¿ha tenido usted, o alguna persona de su grupo de viaje, un contacto cercano (contacto frente a frente durante más de 15 minutos o contacto físico directo) con una persona confirmada COVID-19, o que presentaba síntomas que sugieran contagio de COVID-19?

Si ☐ No ☐

43. ¿Usted o un miembro de su familia / compañero de viaje ha tenido alguno de los siguientes síntomas durante los últimos 14 días? Por favor, llene los datos de la persona o personas que presentan los síntomas mencionados y marque con una "X" el síntoma o signo que presenta:

	Apellido	Nombre	Fiebre o Escalofrió	Tos	Dificultad para Respirar	Pérdida Gusto/ Olfato	Dolor de Cabeza	Dolor Muscular	Congestión Nasal	Diarrea	Conjuntivitis
(1)											
(2)											
(3)											
(4)											

44. ¿Ha tenido usted, o alguna persona de su grupo de viaje, una prueba de diagnóstico de COVID-19 con resultado positivo en los últimos 3 días?

Si ☐ No ☐ *Adjuntar el informe con el resultado, si lo tiene*

45. ¿Ha visitado mercados de animales vivos en los últimos 14 días?

Si ☐ No ☐

46. Propósito del viaje, favor escoja uno.

Turismo ☐ Trabajo ☐ Visita familiar ☐ Misión especial ☐ Cooperación internacional ☐

Declaro que toda la información aquí presentada es correcta y cierta, y me comprometo a llevar a cabo las evaluaciones y/o exámenes médicos, así como la cuarentena en los lugares designados por la autoridad sanitaria del Estado o de manera domiciliaria durante 14 días siguientes a mi entrada al país, realizando un autocontrol de los síntomas del coronavirus, especialmente los síntomas de infección respiratoria aguda (fiebre, tos o dificultad respiratoria) y si presento alguno de ellos me pondré en contacto con la autoridad sanitaria competente por teléfono.

Acepto cumplir con las indicaciones y medidas que me indique la autoridad sanitaria

Y para el registro, Firmo este documento.

Lugar_____ fecha_____ Firma_____

Nro. Pasaporte / C.I. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐