



DECLARACIÓN JURADA DEL VIAJERO PARA EL SEGUIMIENTO -COVID-19

Declaración Jurada de Salud del Viajero para prevenir el **CORONAVIRUS** Formulario 1.0 - Norma: Decreto Supremo No4481
Health Affidavit for Travelers to prevent coronavirus (**COVID-19**) Form 1.0 Regulation Supreme Decret No4481

I. Información Personal / Personal Information

Documento de Viaje - Tipo:
Traveler Document - Type:

Pasaporte / Passport

C.I / ID

Otro / Other

Número / Number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apellidos / Last Name:

Nombres/ First Name:

Nacionalidad / Nationality:

Fecha de Nacimiento / Date of Birth:

Día / Mes / Año - Day/Month/Year

	•		•	
--	---	--	---	--

Fecha de Ingreso al Estado Plurinacional de Bolivia / Date to Entry To plurinational state of Bolivia:

Día / Mes / Año - Day/Month/Year

País de Procedencia / Country of origin:

Aéreo / Flight or transportation

Terrestre / Land Transport

Otro / Other

Nombre de la empresa de transporte

Name Of Transportation Company

Nº de Vuelo o Transporte /
Flight or Transportation Nº

Nº de Asiento
Seat Number

Teléfonos de Contacto (Código País + Ciudad+ Número):

Contact Phone Numbers (Country Code +City+Number):

Numero/Number on WatsApp:

Correo Electrónico / E-mail:.....

Indique los Países o Ciudades en los que estuvo los últimos 14 días:

Please Indicate in which cities or countries you were over the last 14 days:

II. Si usted es boliviano ó es residente en el Estado Plurinacional de BOLIVIA / If you are bolivian or a resident in plurinational state of BOLIVIA

Domicilio Actual / Current Adress

III. Si su destino final es el Estado Plurinacional de BOLIVIA / If the final destination is plurinational state of BOLIVIA

Indique los domicilios y ciudades durante su permanencia en BOLIVIA / Please Indicate the mailing addresses and cities during your stay in BOLIVIA

Ciudad / City

Hotel

Dirección / Address

Ciudad / City

Hotel

Dirección / Address

Ciudad / City

Hotel

Dirección / Address

IV. Datos de las personas o familiares de contacto en Bolivia/Date of the contact persons or family in Bolivia:

Apellidos / Last Name:

Nombres/ First Name:

Dirección / Address:

Número de contacto/Contact Phone Numbers:

V. Prueba de COVID-19

Prueba RT-PCR: Si/Yes_____ No_____

Fecha de Resultado/Result date:...../...../.....

VI. Antecedentes de Salud / Health Information

Usted ha tenido algún contacto con alguna persona enferma de CORONAVIRUS (COVID-19)

Did you had any contact with someone sick with CORONAVIRUS (COVID-19)

SI / YES

NO

Usted presenta alguno de estos síntomas / Currently, do you have any of these symptoms:

Fiebre / Fever Tos / Cough Dolor de garganta / Sore Throat Problemas para Respirar / Shortness of Breath

Dolor de cabeza/Headache Náuseas / Sickness Vómitos / Vomits Diarrea/Diarrhea

Perdida de olfato / Loss of smell Perdida del gusto/ loss of taste Confusion mental/ mental confusion

Declaro bajo juramento que no presento en el momento actual signos ni síntomas compatibles con COVID-19 y que no he estado expuesto a personas con la enfermedad o con los mismos síntomas en los últimos 14 días. Asimismo me comprometo a realizar el aislamiento o cuarentena domiciliaria (Hotel o domicilio) por 10 días y realizarme el diagnóstico de PCR a los 7 días del aislamiento. Tengo conocimiento que el incumplimiento de la misma puede incurrir a sanciones de acuerdo a la ley por atentado a la salud pública.

I declare under oath that I do not presently have signs or symptoms compatible with COVID-19 and that I have not been exposed to people with the disease or with the same symptoms in the last 14 days. I also agree to carry out home isolation or quarantine (Hotel or home) for 10 days and carry out a PCR diagnosis 7 days after isolation. I am aware that failure to comply with it may incur penalties according to the law for an attack to public health.

Fecha / Date:

Día / Mes / Año - Day/Month/Year

 • •

Firma / Signature

La falsedad de la anteriormente declarado, será sujetos a las medidas legales pertinentes