

# Declaración de Salud del Viajero

## *Traveler Health Declaration*



MINISTERIO  
DE SALUD PÚBLICA

### Un formulario por grupo familiar / *One form per family*

#### 1. Información del vuelo / Flight Information:

Nro. Vuelo / Flight Number:

Nro. Asiento / Seat Number:

Fecha de llegada a Ecuador / Date of arrival in Ecuador:

País donde inició el viaje / Country where your trip started:

Destino final / Final destination:

Conexiones previas / Previous connections: SI / YES  NO

Especifique los países y ciudades de conexión /  
Specify the countries and cities of connection:

Fecha de llegada al destino final / Arrival date at final destination:

Si el destino final es Ecuador, favor continuar llenando el formulario.  
If your final destination is Ecuador, please continue filling out the questionnaire.

#### 2. Datos de identificación del pasajero o responsable del grupo familiar / Identification details of the passenger or head of family group:

Nombres y Apellidos / Full name:

Edad / Age:

Sexo / Gender M  F

País / Country:

Ciudad / City:

Dirección de residencia actual / Current home address:

Correo electrónico / E - mail address:

Nro. pasaporte y país de expedición / Passport Number and Country of Issue:

Nro. de contacto / Contact Number:

Nro. de pasajeros que viajan con usted / Number of passengers traveling with you:

Adultos / Adults

Niños / Children

Países o lugares en donde estuvo de visita en los últimos 21 días / Countries or places  
you have visited in the last 21 days:

#### 3. Información de contacto / Contact Information

Direcciones en Ecuador donde se va a hospedar en los 21 días posteriores a su llegada / Addresses in  
Ecuador where you will be staying for 21 days after arrival:

Ciudad / City:

Provincia / State:

Nro. de teléfono de contacto /  
Contact phone number:

Correo electrónico / Email:

Nombre del Hotel / Hotel Name:

Dirección / Address:

#### 4. Sintomatología / Symptomatology

Fiebre / Fever SI / YES  NO

Dolor de cabeza / Headache SI / YES  NO

Malestar general / General malaise SI / YES  NO

Dificultad respiratoria / Breathing difficulty SI / YES  NO

Tos seca / Dry cough SI / YES  NO

Declaro que la información proporcionada es verdadera.

I declare that the information provided is true.

Fecha / Date: \_\_\_\_\_ Firma / Signature: \_\_\_\_\_

Entregar este formulario a su llegada al país en Migración

Submit this form at Immigration upon arrival in the country

---

Desprendible para el pasajero

En caso de presentar sintomatología durante su estancia en el Ecuador, por favor comunicarse al número **171**

Detachable information for the passenger

If you feel symptoms during your stay in Ecuador, please contact **171**