



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE CUBA
Ministry of Public Health of Cuba
DECLARACIÓN DE SANIDAD DEL VIAJERO
Sanitary Statement for Travellers

Nombre y Apellidos _____
Full name

Fecha de nacimiento _____ Sexo: Masculino Femenino
Date of birth _____ Gender Male Female
yy mm dd () ()

Nacionalidad. _____ Agencia o Organización
Nationality _____ Agency or Organization _____

Fecha de arribo _____ No. de Vuelo.
Date of arrival _____ Flight number # _____
yy mm dd

Procedencia _____ Ciudad
Departure point _____ City _____

Países visitados en los últimos 15 días:
Countries visited within the last 15 days: _____

Motivo de viaje: Turismo __ Negocios __ Eventos __ Otro ____
Reason of your trip: Tourism Business Events Other

Dirección en Cuba. _____
Address in Cuba _____

Ha presentado en los últimos 15 días:
Have you suffered in the last 15 days:
Fiebre Tos. Secreción nasal Otros síntomas
Fever cough Nasal secretion Other Symptoms
Sí __ No __ Sí __ No __ Sí __ No __ _____
(Yes) (Yes) (Yes)

Ha estado en contacto con alguna persona con estos síntomas. Sí __ No __
Have you been in contact with any person with these symptoms (Yes)

Hago constar que lo señalado responde a la verdad y lo declaro juradamente ante las autoridades sanitarias conciente de que la violación infringe las disposiciones sanitarias de la República de Cuba
I hereby state and swear that this statement is true and that I am conscious that any violation may be liable by the sanitary dispositions of the Republic of Cuba.

Firma _____
Signature

Para uso de las autoridades sanitarias
Only for the use of the sanitary authority