

Declaración de Salud del Viajero *Traveler Health Declaration*



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 dónde inició el viaje / Country where your trip started:	
Destino final / Final destination: Puerto Baquerizo Moreno, San Cristobal, Galapagos, Ecuador	
Conexiones previas / Previous connections: SI / YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	
Niños / Children <input type="checkbox"/>	

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: Puerto Baquerizo Moreno	Provincia / State: San Cristobal, Galapagos
Nro. de teléfono de contacto / Contact phone number: 098-502-5615	Correo electrónico / Email: help@ecoventura.com
Nombre del Hotel / Hotel Name: Yate Galapagos Sky	Dirección / Address: Yate de Ecoventura

4. Sintomatología / Symptomatology

Fiebre / Fever	SI / YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza / Headache	SI / YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Malestar general / General malaise	SI / YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dificultad respiratoria / Breathing difficulty	SI / YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tos seca / Dry cough	SI / YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

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**