


<p>Modelo 82-33-02 Control Sanitario Internacional</p>	<p>República de Cuba <i>Republic of Cuba</i> Ministerio de Salud Pública <i>Ministry of Public Health</i></p>	 <p>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA República de Cuba</p>																								
<p align="center">Declaración de Sanidad del Viajero/Sanitary Statement for Travellers</p>																										
<p>Nombres y Apellidos/Names and surnames:</p>																										
<p>Nacionalidad/ Nationality</p>	<p>Vuelo #/Línea aérea/Flight # / Airline</p>	<p>Fecha de arribo/ Arrival date</p>																								
<p>Pasaporte/Passport:</p>	<p>Carnet de Identidad/ Permantet Identity</p>																									
<p>Países visitados en los últimos 15 días/Countries visited in the last 15 days</p>																										
<p>Motivo del viaje/Reason for the trip: Turismo/ Tourism: ____ Visita/Visit: ____ Trabajo/Job ____ Colaborador/Colaborator ____ Organismo, ¿Cuál?: _____ <i>Organism which?</i></p>																										
<p>Dirección en Cuba/Address in Cuba: Calle/Street: _____ No. _____ Apto _____ Entre/Between streets: _____ y/and _____ Reparto/Division _____ Localidad/Location: _____ Hotel/Hotel: _____</p>																										
<p>Municipio/Municipality : _____ Provincia/Province _____</p>																										
<p>Teléfono o móvil/Phone or mobile:</p>																										
<p>Ha presentado en los últimos 15 días/He has presented in the last 15 days:</p> <table border="0"> <tr> <td>Fiebre/fever:</td> <td>SI ___ NO ___</td> <td>Tos/ Cough:</td> <td>SI ___ NO ___</td> </tr> <tr> <td>Erupción/Rasch:</td> <td>SI ___ NO ___</td> <td>Diarreas/Diarrhea:</td> <td>SI ___ NO ___</td> </tr> <tr> <td>Conjuntivitis/Conjunctivitis:</td> <td>SI ___ NO ___</td> <td>Coriza/ Coryza:</td> <td>SI ___ NO ___</td> </tr> <tr> <td>Perdida del olfato/ Loss of smell:</td> <td>SI ___ NO ___</td> <td>Falta de Aire/ Shortness of breath</td> <td>SI ___ NO ___</td> </tr> <tr> <td>Rinitis/ Rhinitis</td> <td>SI ___ NO ___</td> <td>Perdida del gusto/Loss of taste</td> <td>SI ___ NO ___</td> </tr> <tr> <td>Astenia/Asthenia</td> <td>SI ___ NO ___</td> <td>Decaimiento/Decay</td> <td>SI ___ NO ___</td> </tr> </table>			Fiebre/fever:	SI ___ NO ___	Tos/ Cough:	SI ___ NO ___	Erupción/Rasch:	SI ___ NO ___	Diarreas/Diarrhea:	SI ___ NO ___	Conjuntivitis/Conjunctivitis:	SI ___ NO ___	Coriza/ Coryza:	SI ___ NO ___	Perdida del olfato/ Loss of smell:	SI ___ NO ___	Falta de Aire/ Shortness of breath	SI ___ NO ___	Rinitis/ Rhinitis	SI ___ NO ___	Perdida del gusto/Loss of taste	SI ___ NO ___	Astenia/Asthenia	SI ___ NO ___	Decaimiento/Decay	SI ___ NO ___
Fiebre/fever:	SI ___ NO ___	Tos/ Cough:	SI ___ NO ___																							
Erupción/Rasch:	SI ___ NO ___	Diarreas/Diarrhea:	SI ___ NO ___																							
Conjuntivitis/Conjunctivitis:	SI ___ NO ___	Coriza/ Coryza:	SI ___ NO ___																							
Perdida del olfato/ Loss of smell:	SI ___ NO ___	Falta de Aire/ Shortness of breath	SI ___ NO ___																							
Rinitis/ Rhinitis	SI ___ NO ___	Perdida del gusto/Loss of taste	SI ___ NO ___																							
Astenia/Asthenia	SI ___ NO ___	Decaimiento/Decay	SI ___ NO ___																							
<p>Ha estado en contacto con alguna persona con estos síntomas/You have been in contact with someone with these symptoms: Si ___ No ___</p>																										
<p>Hago contar que lo señalado responde a la verdad y hago declaración jurada ante las autoridades sanitarias, conciente que la violación infringe las disposiciones sanitarias de la República de Cuba / <i>Certify that the aforementioned responds to the truth and I declare it sworn before the health authorities aware that the violation infringes the sanitary provisions of the Republic of Cuba.</i></p>																										
<p>Firma/Signature: _____ Firma de la Autoridad Sanitaria/Signature of the Sanitary Authority: _____</p>																										

LEGENDA

	REPUBLIC OF CUBA (REPUBLIKA KUBY) Ministry of Public Health (Ministerstwo Zdrowia Publicznego)																									
SANITARY STATEMENT FOR TRAVELLERS - DEKLARACJA ZDROWIA DLA PODRÓŻNYCH																										
NAMES AND SURNAMES: - IMIONA I NAZWISKA: _____																										
NATIONALITY - NARODOWOŚĆ _____	FLIGHT # / AIRLINE - LOT# / LINIA LOTNICZA _____	ARRIVAL DATE - DATA PRZYLOTU _____																								
PASSPORT - PASZPORT _____	PERMANENT IDENTITY - DOWÓD OSOBISTY _____																									
COUNTRIES VISITED IN THE LAST 15 DAYS - KRAJE ODWIEDZANE W CIĄGU OSTATNICH 15 DNI _____																										
REASON FOR THE TRIP: - CEL PODRÓŻY: Tourism: - Turystyka: // Visit - Odwiedziny _____ // Job - Praca _____ // Colaborator - Współpraca _____ Organism which? - Jaka instytucja? _____																										
ADDRESS IN CUBA: - ADRES NA KUBIE: Street - Ulica _____ No. - Nr _____ Apto - Nr domu _____ Between streets: - pomiędzy ulicami: _____ y/and - i _____ Division - Dzielnica _____ Location: - Miejscowość: _____ Hotel: - Hotel: _____																										
Municipality: - Gmina: _____ Province - Prowincja _____																										
Phone or mobile: - Nr telefonu: _____																										
He has presented in the last 15 days - Czy w ciągu ostatnich 15 dni miałeś objawy: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">Fever - Gorączka</td> <td style="width: 25%;">SI - TAK___ NO - NIE___</td> <td style="width: 25%;">Cough - Kaszel</td> <td style="width: 25%;">SI - TAK___ NO - NIE___</td> </tr> <tr> <td>Rasch - Wysypka</td> <td>SI - TAK___ NO - NIE___</td> <td>Diarrhea - Biegunka</td> <td>SI - TAK___ NO - NIE___</td> </tr> <tr> <td>Conjunctivitis - Zapalenie spojówek</td> <td>SI - TAK___ NO - NIE___</td> <td>Coryza - Katar</td> <td>SI - TAK___ NO - NIE___</td> </tr> <tr> <td>Loss of smell - Utrata węchu</td> <td>SI - TAK___ NO - NIE___</td> <td>Shortness of breath - Duszności</td> <td>SI - TAK___ NO - NIE___</td> </tr> <tr> <td>Rhinitis - Katar alergiczny</td> <td>SI - TAK___ NO - NIE___</td> <td>Loss of taste - Utrata smaku</td> <td>SI - TAK___ NO - NIE___</td> </tr> <tr> <td>Asthenia - Przewlekłe zmęczenie</td> <td>SI - TAK___ NO - NIE___</td> <td>Decay - Osłabienie</td> <td>SI - TAK___ NO - NIE___</td> </tr> </table>			Fever - Gorączka	SI - TAK___ NO - NIE___	Cough - Kaszel	SI - TAK___ NO - NIE___	Rasch - Wysypka	SI - TAK___ NO - NIE___	Diarrhea - Biegunka	SI - TAK___ NO - NIE___	Conjunctivitis - Zapalenie spojówek	SI - TAK___ NO - NIE___	Coryza - Katar	SI - TAK___ NO - NIE___	Loss of smell - Utrata węchu	SI - TAK___ NO - NIE___	Shortness of breath - Duszności	SI - TAK___ NO - NIE___	Rhinitis - Katar alergiczny	SI - TAK___ NO - NIE___	Loss of taste - Utrata smaku	SI - TAK___ NO - NIE___	Asthenia - Przewlekłe zmęczenie	SI - TAK___ NO - NIE___	Decay - Osłabienie	SI - TAK___ NO - NIE___
Fever - Gorączka	SI - TAK___ NO - NIE___	Cough - Kaszel	SI - TAK___ NO - NIE___																							
Rasch - Wysypka	SI - TAK___ NO - NIE___	Diarrhea - Biegunka	SI - TAK___ NO - NIE___																							
Conjunctivitis - Zapalenie spojówek	SI - TAK___ NO - NIE___	Coryza - Katar	SI - TAK___ NO - NIE___																							
Loss of smell - Utrata węchu	SI - TAK___ NO - NIE___	Shortness of breath - Duszności	SI - TAK___ NO - NIE___																							
Rhinitis - Katar alergiczny	SI - TAK___ NO - NIE___	Loss of taste - Utrata smaku	SI - TAK___ NO - NIE___																							
Asthenia - Przewlekłe zmęczenie	SI - TAK___ NO - NIE___	Decay - Osłabienie	SI - TAK___ NO - NIE___																							
You have been in contact with someone with these symptoms - Czy miałeś/-aś kontakt z osobami z powyższymi objawami? SI - TAK___ NO - NIE___																										
Certify that the aforementioned responds to the truth and I declare it sworn before the health authorities aware that the violation infringes the sanitary provisions of the Republic of Cuba. - Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i jestem świadomy/-a że podanie nieprawdziwych danych narusza regulacje sanitarne Republiki Kuby.																										
Signature: - Podpis: _____ Signature of the Sanitary Authority: - Podpis przedstawiciela Służb Sanitarnych: _____																										