



ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA DE FACTORES DE RIESGO PARA PERSONAS QUE INGRESAN AL  
PARAGUAY PROCEDENTE DEL CONTINENTE AFRICANO

**INFORMACION DEL VUELO DE LLEGADA A PARAGUAY**

|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                        |                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Empresa Aérea:</b><br>(Aerial company)                                                                                                                                                                                       | <b>2. N° de vuelo:</b><br>(Flight number)                                              | <b>3. N° de asiento :</b><br>(Seat number)                                                                                     |
| <b>4. País de donde partió:</b><br>(Country of departure)                                                                                                                                                                          | <b>5. Fecha de partida:</b> día / mes / año<br>(Date of departure) ( day- month- year) | <b>6. Fecha de llegada:</b> día / mes / año<br>(Date of arrival) ( day- month- year)<br><br><b>Hora local:</b><br>(local time) |
| <b>7. Conexiones en los últimos 21 días:</b> (especificar países, ciudades y cambios de vuelo)<br>(Connections in the last 21 days) (specify countries, cities and flight changes)                                                 |                                                                                        |                                                                                                                                |
| <b>8. Recibió información acerca de brotes o epidemias del país que procede?:</b> <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No/Not<br>(Did you receive information about epidemics in the country that comes from?) |                                                                                        |                                                                                                                                |

**INFORMACION PERSONAL**

|                                                                                                          |                                      |                                                  |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>9. Apellidos:</b><br>Surnames                                                                         |                                      |                                                  |                                           |
| <b>10. Nombres:</b><br>(Names)                                                                           |                                      |                                                  |                                           |
| <b>11. Fecha de Nacimiento:</b> día / mes / año<br>(Date of birth) ( day- month- year)                   |                                      | <b>12. Edad:</b><br>(Age)                        | <b>13. Nacionalidad:</b><br>(Nationality) |
| <b>14. Sexo / Sex</b><br><input type="checkbox"/> Masc. / Male<br><input type="checkbox"/> Fem. / Female | <b>15. Profesión</b><br>(Profession) | <b>16. Teléfono:</b><br>(Telephone)              | <b>17. Movil:</b><br>(Mobile)             |
| <b>18. N° Carnet de Identidad:</b><br>(Identity card)                                                    |                                      | <b>19. N° de pasaporte:</b><br>(Passport number) | <b>20. E-mail:</b><br>(E-mail)            |
| <b>21. Domicilio actual:</b><br>(Address) (Calle, N° casa, Hotel, barrio, ciudad, Departamento)          |                                      |                                                  |                                           |
|                                                                                                          |                                      |                                                  |                                           |

**DATOS DEL PAIS DE PROCEDENCIA**

|                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>22. País de procedencia:</b> (especificar países, ciudades)<br>(Country of origin)                                                                                                                                               |
| <b>23. Países visitados en los últimos 21 días:</b><br>(Countries visited in the last 21 days)                                                                                                                                      |
| <b>24. Recibió información acerca de brotes o epidemias del país que procede?:</b> <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No/Not<br>(Did you receive information about epidemics in the country that comes from?) |



### DATOS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS EN LOS ÚLTIMOS 21 DÍAS

Si proviene de países de riesgo de alguna enfermedad, complete el siguiente cuestionario.

(If you come from countries at risk of an illness, complete the following questionnaire.)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>25. Estuvo en contacto con personas con Ébola (EVE) o con sospecha de la enfermedad?:</b> <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No/Not<br>(Have you been in contact with people with Ebola (EVE) or suspected of the disease?)                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                    |
| <b>26. Estuvo en contacto con animales silvestres y/o manipuló tejido de los mismos?:</b> <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No/Not<br>(Have you been in contact with wild animals and / or manipulated tissue from them?)                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                    |
| <b>27. Refiera si estuvo en contacto con enfermos de:</b><br><input type="checkbox"/> Cólera <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria grave<br>(Refer if you were in contact with patients of:)                                                  |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                    |
| <b>28. Sufrió alguna enfermedad en el país de residencia o visitado en los últimos 21 días?:</b> <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No/Not<br>(Did you suffer any illness in the country of residence or visited in the last 21 days?)<br><br><b>Mencione que país:</b> .....<br>(Mention the Country) |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                    |
| <b>29. Realizó consulta médica en esa oportunidad?:</b> <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No/Not<br>(Did you have a medical consultation at that time?)                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                    |
| <b>30. Cuales fueron los síntomas?</b><br>(symptom)                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza<br><input type="checkbox"/> Erupciones cutáneas<br><input type="checkbox"/> Sangrados en piel y/o mucosas<br><input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones<br><input type="checkbox"/> Color amarillo en piel<br><input type="checkbox"/> Diarrea<br><input type="checkbox"/> Otros síntomas |
| <b>31. Refiera el diagnostico.....</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                    |

### VACUNA OBLIGATORIA Y LAS RECOMENDADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD

|                                                                                                                                                        |                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>32. Cuenta con carnet internacional de vacuna contra la fiebre amarilla?:</b><br>(Do you have an international vaccination card for yellow fever?)  | <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No/Not                                     |
| <b>33. Cuenta con certificado de vacunación contra enfermedades como ..?:</b><br>(Do you have a vaccination certificate against diseases such as ...?) | <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Difteria |

### DATOS DE PERMANENCIA EN PARAGUAY

|                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>34. Dirección de hospedaje o residencia:</b><br>(Address of lodging or residence)                                                                                                                                                                |
| <b>35. Motivo de la estancia:</b> <input type="checkbox"/> Laborales <input type="checkbox"/> Académicos <input type="checkbox"/> Turismo <input type="checkbox"/> Visita Familiar <input type="checkbox"/> Otros especificar<br>(Reason for stay?) |

Declaro bajo fe de juramento que he completado todas las preguntas con la verdad, responsabilizándome por su exactitud, así como por cualquier omisión en la descripción de los mismos.

(I declare under oath that I have completed all the questions with the truth, taking responsibility for their accuracy, as well as for any omission in the description of them.)

\_\_\_\_\_  
**Firma del Declarante**  
(Signature of the declarant)

\_\_\_\_\_  
**Fecha**  
(Date)