

## Encuesta epidemiológica de factores de riesgo para personas que ingresan desde África

### INFORMACIÓN DEL VUELO DE LLEGADA A PARAGUAY

Empresa aérea: \_\_\_\_\_ N° de vuelo: \_\_\_\_\_ N° de asiento: \_\_\_\_\_

País de donde partió: \_\_\_\_\_ Fecha de partida: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha y hora de llegada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( \_\_\_\_:\_\_\_\_ )

Conexiones en los últimos 21 días (especificar países, ciudades y cambios de vuelo):

\_\_\_\_\_

**INFO**

### INFORMACIÓN PERSONAL

Apellidos y nombres: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Documento: CI ( ) Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( )

Domicilio fijo o transitorio (calle, N° de casa, hotel/hospedaje, barrio, ciudad, referencia)

\_\_\_\_\_

Ocupación/profesión: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### DATOS DE PAÍS DE PROCEDENCIA

País (especificar ciudad, estado): \_\_\_\_\_

Países visitados en los últimos 21 días: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recibió información acerca de brotes o epidemias del país que procede? SI ( ) NO ( )

Tipo de alojamiento: Departamento ( ) Camping ( ) Hotel Balneario ( ) Crucero ( ) Casa ( )

Otro ( ) Especificar \_\_\_\_\_

**DATOS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS EN LOS ÚLTIMOS 21 DÍAS**  
**(SEGÚN REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL)**

Si proviene de países con riesgo de alguna enfermedad infectocontagiosa, complete lo siguiente:

Estuvo en contacto con personas con Ébola (EVE) o con sospecha de la enfermedad SI ( ) NO ( ) Estuvo  
en contacto con animales silvestres y/o manipuló tejido de los mismos SI ( ) NO ( ) Especificar  
animal (es) \_\_\_\_\_

Tuvo contacto con enfermos de: Cólera ( ) Sarampión ( ) Enfermedad respiratoria grave ( ) Malaria ( )

Sufrió alguna enfermedad en el país de residencia o visitado en los últimos 21 días SI ( ) NO ( )

Indique el país: \_\_\_\_\_

Realizó consulta médica en esa oportunidad (en caso afirmativo indique el motivo) SI ( ) NO ( )

Fiebre ( ) Dolor de cabeza ( ) Dolor de articulaciones ( ) Erupciones cutáneas ( ) Piel amarilla ( )  
Sangrados en piel y/o mucosas ( ) Diarrea ( ) Dificultad para respirar ( ) Otros:

\_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**VACUNA OBLIGATORIA Y RECOMENDADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD**

Cuenta con Carnet internacional de vacuna contra la fiebre amarilla SI ( ) NO ( )

Cuenta con Certificado de vacunación contra: Poliomiélitis ( ) Sarampión ( ) Difteria ( )

**DATOS DE PERMANENCIA EN PARAGUAY**

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

Motivo de estancia: Laboral ( ) Académico ( ) Turismo ( ) Visita familiar ( ) Otro:  
\_\_\_\_\_

*Declaro bajo juramento que he completado todas y cada una de las preguntas con la verdad,  
responsabilizándome por su exactitud, así como por cualquier omisión en la descripción de las mismas.*

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_