



Encuesta Epidemiológica de factores de riesgo que deben presentar las personas que ingresan a Paraguay del Continente Africano

1-INFORMACIÓN DEL VUELO DE LLEGADA A PARAGUAY

1.1 Empresa aérea: _____ 1.2 Número de vuelo: _____ 1.3 N° de asiento: _____

1.4 País de donde partió _____ 1.5 Fecha de partida: ____/____/____

1.6 Fecha y hora de llegada ____/____/____ (____:____)

1.7 Conexiones en los últimos 21 días (especificar Países, ciudades y cambios de vuelo) _____

2-INFORMACIÓN PERSONAL

2.1 Apellidos y nombres: _____

2.2 Nacionalidad _____ 2.3 Documento: CI () Pasaporte () 2.4 N° _____

2.5 Fecha de nacimiento ____/____/____ 2.6 Edad: _____ 2.5 Sexo: M () F ()

2.6 Domicilio fijo o transitorio (calles y N° de casa, hotel/hospedaje, barrio, ciudad, departamento referencia) _____

2.7 Ocupación/profesión: _____

2.8 Teléfono: _____ 2.9 Celular: _____

Correo electrónico: _____

3-DATOS DE PAÍS DE PROCEDENCIA

3.1 País. (Especificar ciudad, estado): _____

3.2 Países visitados en los últimos 21 días: _____

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

3.4. Tipo de alojamiento : Departamento () Camping () Hotel Balneario () Crucero () Casa () Otro especificar _____

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

4.1. Si proviene de países de riesgo de alguna enfermedad...complete los siguientes

4.2 Estuvo en contacto con personas con Ébola (EVE) o con sospecha de la enfermedad SI () NO ()



4.3 Estuvo en contacto con animales silvestres y/o manipuló tejido de los mismos **NO () SI ()**

Especificar tipo de animal _____

4.4 Refiera si tuvo contacto con enfermos de 1-Cólera, () 2- Sarampión () 3-enfermedad respiratoria grave () Malaria()

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

Nombre el país _____

4.6. Realizó consulta médica en esa oportunidad **NO () SI ()** **porqué ()** Fiebre 2() Dolor de cabeza 3

() 4 () Dolor de articulaciones 5 () Erupciones cutáneas 6 () Color amarillo en piel 7 () sangrados en piel y/o mucosas 8 () Diarrea 9 () Dificultad para respirar, () otros síntomas(

especificar..) _____

4.7 Refiera el diagnóstico: _____

5. VACUNA OBLIGATORIA y LAS RECOMENDADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD

5.1 Cuenta con carnet internacional de vacuna contra la fiebre amarilla **SI () NO ()**

5.2 Cuenta con Certificado de vacunación contra enfermedades como : **Polio() Sarampión() , Difteria ()**

6. DATOS DE PERMANENCIA EN PARAGUAY

6.1 Dirección de hospedaje o residencia : _____

6.2 Teléfono : _____

6.3 Motivo de estancia : laborales () Académicos () Turismo () Vista Familiar () Otros especificar

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 los mismos.

Firma.....