

Bienvenido/a **Francoise Gabrielle Raffi**[Salir](#)

DECLARACIÓN JURADA PARA VIAJEROS PARA PREVENIR ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS (COVID-19)

ESTE FORMULARIO PUEDE SER COMPLETADO HASTA 48 HRS ANTES DEL HORARIO PROGRAMADO/ESTIMADO DE LLEGADA A CHILE (HORA LOCAL).

*** Indica campo obligatorio**

1. INFORMACIÓN PERSONAL DEL VIAJERO (Se debe completar un formulario por cada viajero. En caso de menores de 18 años, deberá ser firmado por su madre, padre o apoderado.)

APELLIDO PATERNO *

RAFFI

APELLIDO MATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES *

FRANCOISE GABRIELLE

SEXO *

FEMENINO

FECHA DE NACIMIENTO *

11/05/1961

NACIONALIDAD *

SELECCIONE SU NACIONALIDAD

DOCUMENTO DE VIAJE * (Si eres chileno o extranjero residente debes completar tu declaración jurada con documento de viaje RUN)

RUN

NÚMERO DE DOCUMENTO DE VIAJE * (Recuerda ingresar el mismo número de documento de viaje con el que se validará)

Privacidad - Condiciones

2.0.5

vacunas)

14690883-7

PAÍS DE RESIDENCIA *

SELECCIONE SU PAÍS DE RESIDENCIA

TIPO DE VIAJERO *

SELECCIONE

2. INFORMACIÓN DE CONTACTO

EMAIL * (Recuerde ingresar un correo electrónico válido, su Pasaporte de Salud será enviado al email ingresado acá. Su correo electrónico debe coincidir con el correo ingresado al momento de validar sus vacunas)

EMAIL

CONFIRMAR EMAIL *

CONFIRMAR EMAIL

TELÉFONO DE CONTACTO *



3. DIRECCIÓN DONDE REALIZARÁ EL AISLAMIENTO

REGIÓN * (Se recuerda que el traslado al domicilio donde realizará el aislamiento debe ser directo y no podrá utilizar transporte colectivo mayor, incluyendo buses y aviones)

SELECCIONE UNA REGIÓN

COMUNA

SELECCIONE UNA COMUNA

¿COMPARTE EL DOMICILIO DONDE REALIZARÁ EL AISLAMIENTO? *

SELECCIONE

4. DATOS DE CONTROL FRONTERIZO

MEDIO DE TRANSPORTE *

SELECCIONE SU MEDIO DE TRANSPORTE

NOMBRE CONTROL FRONTERIZO DE INGRESO *

SELECCIONE EL NOMBRE CONTROL FRONTERIZO DE INGRESO

FECHA Y HORA PROGRAMADA O ESTIMADA DE LLEGADA A CHILE *

DD/MM/AAAA

HH:mm 24hrs

5. ANTECEDENTES DE SALUD (Recuerde que para realizar el ingreso a Chile debe presentar un examen PCR para SARS-COV-2 con resultado negativo)

DURANTE SU VIAJE EL TITULAR:

¿SE REALIZO UN EXAMEN DE PCR EN UN LABORATORIO RECONOCIDO POR LA AUTORIDAD SANITARIA LOCAL EN LAS ULTIMAS 72 HORAS? *

SELECCIONE



Declaración Jurada

La falsedad de la información de esta declaración jurada puede ser sancionada de acuerdo a lo dispuesto en el Libro X del Código Sanitario y en el Código Penal.

Declaro que durante 10 días completaré el formulario de auto reporte de síntomas y ubicación, el cual será enviado al correo electrónico ingresado en la declaración jurada.

Acepto [Términos y Condiciones, Política de Seguridad C19](#)

ENVIAR