



SKI PORTILLO

ENCUESTA PARA PREVENIR ENFERMEDADES POR CORONAVIRUS COVID-19 GUEST SURVEY FOR PREVENTION OF CORONAVIRUS DISEASE COVID-19

DATOS PERSONALES | PERSONAL INFORMATION

NOMBRE | NAME _____ SEXO | GENDER FEMENINO | FEMALE MASCULINO | MALE

FECHA NACIMIENTO | DATE OF BIRTH _____ PAÍS DE RESIDENCIA | COUNTRY OF RESIDENCE _____

DOCUMENTO DE VIAJE | TRAVEL DOCUMENT RUT PASAPORTE | PASSPORT IDENTIFICACION LOCAL | LOCAL ID NÚMERO | NUMBER _____

NACIONALIDAD | NATIONALITY _____ FECHA DE INGRESO A CHILE | DATE OF ENTRY INTO CHILE ____/____/____
DÍA | DAY MES | MONTH AÑO | YEAR

MEDIO DE TRANSPORTE DE INGRESO A CHILE | MEANS OF TRANSPORT OF ENTRY INTO CHILE

AVIÓN | PLANE BARCO | VESSEL BUS | BUS AUTO | CAR OTRO | OTHER _____

DIRECCIÓN DE ORIGEN | ORIGIN ADDRESS _____
DIRECCIÓN | ADDRESS NÚMERO | NUMBER DEPARTAMENTO | APARTMENT REGIÓN | REGION COMUNA | COMUNA

EMAIL _____ NÚMERO DE TELÉFONO | PHONE NUMBER _____

ANTECEDENTES DE VIAJE EN LOS ÚLTIMO 30 DÍAS | INFORMATION ON TRAVELS OVER THE LAST 30 DAYS

Señale los países en los que usted estuvo en los últimos 30 días | Indicate the countries you have visited the last 30 days

CHINA | CHINA OTROS (Especifique) | OTHERS

1. _____ 5. _____
2. _____ 6. _____
3. _____ 7. _____
4. _____ 8. _____

ANTECEDENTES DE SALUD | HEALTH INFORMATION

¿TUVO CONTACTO CON UNA PERSONA ENFERMA DE CORONAVIRUS (COVID-19)? SI | YES NO | NO
HAVE YOU BEEN IN CONTACT WITH ANYONE WHO HAS PRESENTED WITH CORONAVIRUS (COVID-19)?

¿EN SU ESTADÍA EN EL EXTRANJERO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ESTUVO ENFERMO/A? SI | YES NO | NO
HAVE YOU EXPERIENCED ANY ILLNESS DURING THE LAST 30 DAYS?

¿QUÉ ENFERMEDAD? | WHAT ILLNESS? _____

FECHA DE PRIMEROS SÍNTOMAS | DATE OF FIRST SYMPTOMS ____/____/____
DÍA | DAY MES | MONTH AÑO | YEAR

ACTUALMENTE, ¿USTED PRESENTA ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS? | DO YOU CURRENTLY HAVE ANY OF THE SYMPTOMS?

NINGUNO NONE	SI YES <input type="checkbox"/>	NO NO <input type="checkbox"/>	DOLOR MUSCULAR MUSCLE PAIN	SI YES <input type="checkbox"/>	NO NO <input type="checkbox"/>
FIEBRE FEVER	SI YES <input type="checkbox"/>	NO NO <input type="checkbox"/>	DEBILIDAD GENERAL O FATIGA FATIGUE	SI YES <input type="checkbox"/>	NO NO <input type="checkbox"/>
PÉRDIDA DEL OLFATO LOSS OF SMELL	SI YES <input type="checkbox"/>	NO NO <input type="checkbox"/>	DOLOR DE PECHO CHEST PAIN	SI YES <input type="checkbox"/>	NO NO <input type="checkbox"/>
PÉRDIDA DEL GUSTO LOSS OF TASTE	SI YES <input type="checkbox"/>	NO NO <input type="checkbox"/>	CALOFRÍOS CHILLERS	SI YES <input type="checkbox"/>	NO NO <input type="checkbox"/>
TOS COUGH	SI YES <input type="checkbox"/>	NO NO <input type="checkbox"/>	DIARREA DIARRHEA	SI YES <input type="checkbox"/>	NO NO <input type="checkbox"/>
DIFICULTAD RESPIRATORIA DIFFICULTY BREATHING	SI YES <input type="checkbox"/>	NO NO <input type="checkbox"/>	NÁUSEAS Y/O VÓMITOS NAUSEA / VOMITING	SI YES <input type="checkbox"/>	NO NO <input type="checkbox"/>
RESPIRACIÓN AGITADA AGITATED BREATHING	SI YES <input type="checkbox"/>	NO NO <input type="checkbox"/>	DOLOR DE CABEZA HEADACHE	SI YES <input type="checkbox"/>	NO NO <input type="checkbox"/>
DOLOR DE GARGANTA SORE THROAT	SI YES <input type="checkbox"/>	NO NO <input type="checkbox"/>	OTROS OTHERS	SI YES <input type="checkbox"/>	NO NO <input type="checkbox"/>

En caso de menores de 18 años, los datos deberán ser completados por el tutor que lo acompañe. | In the case of minors under the age of 18 years old, the form must be completed by the tutor who accompanies the minor.

FIRMA | SIGNATURE _____

FECHA | DATE ____/____/____
DÍA | DAY MES | MONTH AÑO | YEAR