

DECLARACIÓN DE SALUD DEL VIAJERO TRAVELER HEALTH DECLARATION

Ministerio de Salud Pública



1. INFORMACIÓN DEL VUELO / FLIGHT INFORMATION

Nro. Vuelo / Flight Number: AV67	Nro. Asiento / Seat Number: 16	Fecha de llegada a Ecuador / Date of arrival in Ecuador: 10/03/2023
País dónde inició el viaje / Country where your trip started: Dominican Republic	Destino final / Final destination: Fort Lauderdale	Conexiones previas / Previous connections: Si
Especifique los países y ciudades de conexión / Specify the countries and cities of connection: Colombia - Bogota	Fecha de llegada al destino final / Arrival date at final destination: 22/03/2023	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PASAJERO / IDENTIFICATION DETAILS OF THE PASSENGER

Nombres y Apellidos / Full name: Kacper Bartosz Witkowski	Edad / Age: 23	Sexo / Sex: Masculino
País de Residencia Actual / Country of Current Residence: Poland	Ciudad de Residencia Actual / Current City of Residence: Poland	Dirección de residencia actual / Current home address: Skrajna 7
Correo electrónico / E - mail address: witkowskik046@gmail.com	Nro. pasaporte / Passport Number: EJ6199550	País de expedición del pasaporte / Passport issue country: Poland
Nro. de pasajeros que viajan con usted / Number of passengers traveling with you Adultos / Adults: 0 Niños / Children: 0	Países o lugares en donde estuvo de visita en los últimos 21 días / Countries or places you have visited in the last 21 days: Dominican Republic	Nro. de contacto / Contact Number: 0048693974814

3. INFORMACIÓN DE CONTACTO / CONTACT INFORMATION DIRECCIONES EN ECUADOR DONDE SE VA A HOSPEDAR EN LOS 21 DÍAS POSTERIORES A SU LLEGADA ADDRESSES IN ECUADOR WHERE YOU WILL BE STAYING FOR 21 DAYS AFTER ARRIVAL

Ciudad / City: Quito	Provincia / State: Pichincha	Nro. de teléfono de contacto / Contact phone number: 739067670
Correo electrónico / Email: witkowskik046@gmail.com	Nombre del Hotel / Hotel Name: Rincon Familiar Hostel	Dirección / Address: Flores N3-49 entre Sucre y Junín, 170130, Quito

Sintomas / Symptoms

- Tosseca / Dry cough: **No**
- Dolor de cabeza / Headache: **No**

- Malestar general / General malaise: **No**

- Dificultad respiratoria / Breathing difficulty: **No**

Declaro que la información proporcionada es verdadera. I declare that the information provided is true.

Nombre del representante legal / Name of the legal representative:
Kacper Bartosz Witkowski

Fecha / Date:
08/03/2023

Firma / Signature:

Válido para el pasajero Kacper Bartosz Witkowski.

En caso de presentar sintomatología durante su estancia en el Ecuador, por favor comunicarse al número 171

Detachable information for the passenger If you feel symptoms during your stay in Ecuador, please contact 171