MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN DISTRITAL 20D01 - SALUD
FORMULARIO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
AL INGRESO DE RESIDENTES Y TRANSEÚNTES DE LA PROVINCIA DE GALÁPAGOS

1. DATOS PERSONALES (para residentes y transeúntes mayores de 12 años)

NOMBRES COMPLETOS: _____

EDAD: _____ años SEXO: M ☐ F ☐

NACIONALIDAD: _____ C.C. / PASAPORTE: _____

ESTATURA (mts.): _____ PESO (Kgs.): _____

LUGAR INICIO DEL VIAJE: _____ LUGAR DE ULTIMO EMBARQUE: _____

MENORES DE 12 AÑOS QUE VIAJAN CON USTED: SI ☐ NO ☐ EDADES (años): ___/___/___/___/

CATEGORIA MIGRACIONAL: Residente Permanente ☐ Residente Temporal ☐ Transeúnte ☐

LUGAR DE RESIDENCIA O TRABAJO: San Cristóbal ☐ Santa Cruz ☐ Isabela ☐ Floreana ☐

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: _____

TELÉFONO DE REFERENCIA (domicilio y/o celular): _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

2. DATOS DE ESTADO DE SALUD (para residentes y transeúntes mayores de 12 años)

Seleccione si cuenta con alguna (s) de las siguientes afecciones

ENFERMEDADES	SI	NO	TIEMPO DE EVOLUCION (meses / años)		TRATAMIENTO	
					SI	NO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL						
DIABETES MELLITUS						
ENFERMEDAD CARDIACA						
ENFERMEDAD RENAL						
OTRA ENFERMEDAD CRONICA						
ALGUNA DISCAPACIDAD						
ALGUNA ALERGIA						
OTRA AFECCION QUE REQUIERE CUIDADO						

A MUJERES: EMBARAZO: SI ☐ NO ☐

No. SEMANAS DE GESTACIÓN:

semanas: _____

SEGURO DE SALUD: IESS ☐ ISSPOL ☐ ☐ PRIVADO(nacional): _____

ISSFA ☐ ☐ PRIVADO(internacional): _____

Ante cualquier manifestación o síntoma de malestar, favor COMUNICARSE de inmediato con el Sistema ECU 911 de Galápagos para coordinar la atención médico-sanitaria que sea requerida.

DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN

Los datos de este formulario serán de uso exclusivo para la estrategia de prevención y vigilancia epidemiológica de la trasmisión del SARS-CoV-2 y que está orientada en particular a la protección de los grupos vulnerables del COVID-19. Declaro con mi firma, la aceptación del mismo.

FIRMA

_____