



REPUBLICA DE GUINEA ECUATORIAL
 MINISTERIO DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL
 FICHA DE PESQUISA SANITARIA
 HEALTH RECORD/DOSSIER DE SANTÉ



Fecha de entrada a Guinea Ecuatorial: ___/___/20__

Entry date to equatorial/ entrée à la Guinée equatorial

Nombre: _____ Apellidos: _____
 Name/nom Surname/noms

Número de Pasaporte: _____ País de Expedición: _____
 Passport number/ número de pasaporte Country of issue/ pays d'émission

Numero de vuelo: _____ Compañía aérea: _____ Nº de asiento _____
 Flight number/ número du vol Aerial Company/Compagnie aérienne seat number/ numéro de siège

Edad (años): _____ Sexo: Masculino _____ Femenino _____
 Age /âge Sex/ man /women

Dirección del país de procedencia: _____
 Address/ adresse de rue Calle/ street / rue País/ country/ pays d'origine

Dirección en Guinea Ecuatorial: _____
 Address in Equatorial Guinea/ Direction en Guinée Ecuatorial Calle/street / rue Ciudad/City/ ville

Nombre del hotel: _____ Teléfono: _____
 Hotel name/nom de l' hotel Phone/telephone

Si el pasajero ha hecho un viaje en la República Democrática del Congo en los últimos 21 días / If the passenger has made a trip in the Democratic Republic of the Congo in the last 21 days / Si le passager a effectué un voyage en République démocratique du Congo au cours des 21 derniers jours.
 Si/oui/yes _____; No _____

En caso afirmativo/ if yes/ dans l' affirmative: Zona/area/ zone: _____

Motivo del viaje/ purpose of travel/bu d voyage: Visita familiar /family visit/visite familiale: ___/ Cooperación sanitaria /health cooperation/coopération sanitaire: ___/ Turismo/Tourism/ tourisme : ___/ Visita oficial / official visit/visite of officielle: ___/ Otras razones/Alia/autres: _____

Durante la estancia

- ¿Tuvo algún contacto con un enfermo o sospechosos de ébola?: Si/oui/yes _____; No _____
 Did you have any contact with any patient or suspect cas with ebola /avez vous contact avec un suspect cas o malade d' Ébola durantvotre 'sejour
- ¿Asistió a un entierro de un fallecido sospechosos o confirmado de ebola?: Si/oui/yes _____; No _____
 Have you atended a funeral of ebola disease person confirmed o suspect / Avezvous assisté á un enterrementd' uninfectée suspect o confirmé d' Ébola
- ¿Ha sido visto por un sanitario que trata enfermos por virus de Ébola? : Si/oui/yes _____; No _____
 Have you been seen by an Ebola health officer/ Avezvous visité á un sanitairequiprenssoin des malades d'Ébola
- ¿Ha hecho escala en algún país durante el viaje?: Si/oui/yes _____; No _____
 Have you transited in any country during the trip/ Avezvous transitédansunautre pays avantvotre voyage

**EN LAS ULTIMA TRES (3) SEMANAS, HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS?
 IN THE LAST THREE (3) WEEKS. HAVE YOU GOT ANY THE FOLLOWING SYMTOME DANS LES TROIS (3)
 SEMAINES ONT SOUMIS UN DES SYMPTÔMES SUIVANTS?**

	SI	NO	NO SABE	
• Fiebre Fever/fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de inicio ___/___/___ Starting date/ date de début
• Dolor de cabeza Headache/tétedolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de inicio ___/___/___ Starting date/ date de début
• Diarrea Diarrhea/diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de inicio ___/___/___ Starting date/ date de début
• Dolor de estómago Stomachache/mal de ventre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de inicio ___/___/___ Starting date/ date de début
• Letargia Lethargy/léthargie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de inicio ___/___/___ Starting date/ date de début
• Anorexia Anorexia/anorexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de inicio ___/___/___ Starting date/ date de début
• Dolor muscular Muscular pain/doleurs musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de inicio ___/___/___ Starting date/ date de début
• Dificultad para respirar Breathing problems/difficulté á avaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de inicio ___/___/___ Starting date/ date de début
• Tosintensa Severe cough/touxsévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de inicio ___/___/___ Starting date/ date de début
• Erupción cutánea Skin rash/éruption cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de inicio ___/___/___ Starting date/ date de début
• Sangrado de los ojos Eye bleeding/saignements des yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de inicio ___/___/___ Starting date/ date de début
• Heces oscuras Dark stool/sellesnoirâtres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de inicio ___/___/___ Starting date/ date de début
• Vómito con sangre Vomiting blood/vomissements de sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de inicio ___/___/___ Starting date/ date de début
• Sangrado nasal Nosebleed/saignement de nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de inicio ___/___/___ Starting date/ date de début