

Health Declaration Form

I (Full name: _____, Passport number: _____) hereby declare that I have had none of the following situations in the 14 days immediately preceding the date on this Health Declaration Form:

1. Being confirmed or suspected of COVID-19 infection by any medical institution;
2. Running a fever at or above 37.3°C or showing respiratory symptoms;
3. Coming into contact with confirmed or suspected COVID-19 cases;
4. Coming into contact with patients with a fever or respiratory symptoms;
5. Staying in a community or hotel reporting confirmed or suspected COVID-19 cases;
6. At least two persons in my office or family running a fever or showing respiratory symptoms;
7. Taking medicine for fever or cold;
8. Visiting public spaces like hospitals, theaters, restaurants and leisure facilities or taking part in group activities without taking protective measures like wearing a mask.

I declare the truthfulness and veracity of the statements above and the COVID-19 negative certificate I have provided. If any of the above-mentioned situations happens to me before leaving for China, I shall cancel the trip.

I acknowledge and accept the responsibilities under this Declaration pursuant to the relevant laws and regulations of the People's Republic of China should I conceal any health condition that might cause the spread of quarantinable infectious diseases or give rise to serious risks of such spread.

Signature:

Date: ____/____/____(Day/Month/Year)

To be completed by consular officers of the Chinese Embassy or Consulate:

The Chinese Embassy/Consulate has examined the COVID-19 negative certificate (No. _____, Issuance date: ____/____/____) provided by the declarant. Used for the sole purpose of pre-boarding screening by airlines, this health declaration form is valid until ____/____/____.

Seal:

Date: ____/____/____(Day/Month/Year)

**[TRADUCCIÓN, FAVOR DE NO RELLENAR Y FIRMAR ÉSTA
SINO LA VERSIÓN EN INGLÉS]**

DECLARACIÓN DE SALUD

Yo (nombre y apellidos completos: *****, número de pasaporte: *****) declaro que no me ha ocurrido ninguna de las siguientes situaciones los últimos 14 días anteriores a la fecha de esta declaración de salud:

1. Ser confirmado o sospechoso de COVID-19 por cualquier institución médica;
2. Tener fiebre igual o mayor a 37.3°C o mostrar síntomas respiratorios;
3. Tener contacto con casos confirmados o sospechosos de COVID-19;
4. Tener contacto con pacientes con fiebre o síntomas respiratorios;
5. Estar en una comunidad u hotel que ha reportado casos confirmados o sospechosos de COVID-19;
6. Al menos dos personas de mi lugar de trabajo o de mi familia tienen fiebre o muestran síntomas respiratorios;
7. Tomar medicamentos para la fiebre, resfriado o gripe;
8. Visitar espacios públicos como hospitales, teatros, restaurantes e instalaciones de ocio o participar en actividades grupales sin tomar medidas de protección, como el uso correcto de una mascarilla.

Declaro la exactitud y veracidad de todas las declaraciones anteriores, así como del certificado de la prueba negativa de PCR de COVID-19 que he proporcionado. Si me ocurriera cualquiera de las situaciones arriba mencionadas antes de ir a China, cancelaré el viaje.

Reconozco y acepto las responsabilidades bajo esta Declaración de conformidad con las leyes y regulaciones pertinentes de la República Popular China si oculto cualquier condición de salud que pudiera causar la propagación de enfermedades infecciosas cuarentenables o dar lugar a graves riesgos de dicha propagación.

Firma del declarante: ***

Fecha: *** (Día / Mes / Año)

Para ser completado por los funcionarios consulares de la Embajada o Consulado de China:

La Embajada/Consulado de China ha examinado el certificado de la prueba negativa de PCR de COVID-19 (Nº***, fecha de emisión: *** / *** / ***) proporcionado por el declarante. Esta declaración de salud será utilizada con el único propósito de la inspección previa al embarque por parte de las aerolíneas y es válida hasta *** / *** / ***.

Sello: ***

Fecha: *** / *** / *** (Día / Mes / Año)