

---

---

LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y RESOLUCIONES DE ORDEN GENERAL

---

---

Núm. 42.591

Viernes 28 de Febrero de 2020

Página 1 de 4

---

Normas Generales

---

CVE 1734494

---

---

MINISTERIO DE SALUD

Subsecretaría de Salud Pública

**ESTABLECE DECLARACIÓN JURADA DE ESTADO DE SALUD COMO MEDIDA DE CONTROL SANITARIO OBLIGATORIO PARA VIAJEROS QUE INGRESAN A CHILE Y APRUEBA FORMULARIO PARA REALIZAR LA DECLARACIÓN**

(Resolución)

Núm. 108 exenta.- Santiago, 27 de febrero de 2020.

Visto:

Los artículos 1, 2 y 4 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y 18.469; en el decreto supremo N° 136, de 2004, del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico de dicha Secretaría de Estado; en el Reglamento Sanitario Internacional, promulgado a través del decreto N° 230, de 2008, del Ministerio de Relaciones Exteriores; en el decreto N° 4, de 2020, del Ministerio de Salud, que decreta alerta sanitaria por Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por brote del nuevo coronavirus 2019; en el Código Sanitario; el decreto N° 158, de 2004, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria; y la resolución N° 7, de 2019, de la Contraloría General de la República; y

Considerando:

1° Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones.

2° Que, asimismo, esta Cartera debe efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población. En el ejercicio de esta función, le compete mantener un adecuado sistema de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, investigar los brotes de enfermedades y coordinar la aplicación de medidas de control.

3° Que, el día 5 de febrero de 2020, a través del decreto N° 4, el Ministerio de Salud decretó alerta sanitaria por Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional por brote del nuevo coronavirus 2019.

4° Que, la señalada Alerta Sanitaria, otorga medidas extraordinarias a la autoridad sanitaria para enfrentar el problema de salud producido por el brote de coronavirus en la ciudad de Wuhan, China.

5° Que, en dicha alerta sanitaria se establece que las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud del País, podrán disponer, entre otras medidas, el aislamiento de las personas que estén infectadas con el nuevo coronavirus 2019, o bien, bajo sospecha de estar infectados, de tal forma que se procure la contención de la propagación de dicho virus. Además, podrán denegar la entrada al país de ciudadanos extranjeros no residentes en Chile, sospechosos o afectados por el nuevo coronavirus 2019.

---

**CVE 1734494**

Director: Juan Jorge Lazo Rodríguez  
Sitio Web: [www.diarioficial.cl](http://www.diarioficial.cl)

Mesa Central: +562 2486 3600

Email: [consultas@diarioficial.cl](mailto:consultas@diarioficial.cl)

Dirección: Dr. Torres Boonen N°511, Providencia, Santiago, Chile.

6° Que, el artículo 31 del Reglamento Sanitario Internacional, promulgado a través del decreto N° 230, de 2008, del Ministerio de Relaciones Exteriores, establece que los Estados Parte podrán exigir un examen médico, vacunación u otras medidas profilácticas, cuando sea necesario para determinar si existe un riesgo para la salud pública.

7° Que, el Código Sanitario establece en su artículo 22 que será responsabilidad de la Autoridad Sanitaria el aislamiento de toda persona que padezca una enfermedad de declaración obligatoria, la cual de preferencia y especialmente en caso de amenaza de epidemia o insuficiencia del aislamiento en domicilio, deberá ser internada en un establecimiento hospitalario u otro local especial para este fin.

8° Que, el Reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria, aprobado por decreto N° 158, de 2004, del Ministerio de Salud, establece dentro de las enfermedades de notificación obligatoria, las "infecciones respiratorias agudas".

9° Que, en virtud de lo dispuesto por el artículo 4°, N° 4, del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, a esta cartera de Estado le corresponde efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población. Asimismo, el numeral 5° del artículo señalado dispone que el Ministerio podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria.

10° Que, fundado en todo lo anterior, el Ministerio de Salud ha estimado necesario como medida de control sanitario ante la emergencia de salud internacional desatada por el nuevo corona virus 2019, la obligatoriedad de emitir una declaración jurada, para todo viajero que ingrese al país, respecto a su estado de salud.

11° Que, esto permitirá a la Autoridad Sanitaria adoptar las medidas que correspondan en cada caso, para el aislamiento de aquellas personas cuyo ingreso al país pueda constituir una amenaza de epidemia, de acuerdo a lo ya señalado en los artículos 22 y 58° del Código Sanitario.

12° Que, por lo anteriormente señalado y en uso de las facultades que confiere la ley, dicto la siguiente:

**Resolución:**

1° Establécese como medida de control sanitario ante la emergencia internacional producido por el nuevo coronavirus 2019, la obligatoriedad para todo viajero que ingrese al país, y cuyo destino final sea Chile, de realizar una declaración jurada respecto a su estado de salud. Esta declaración deberá completarse en la aeronave, nave o puerto fronterizo terrestre, según corresponda. Para ello, las naves y aeronaves deberán distribuir entre sus pasajeros el formulario del que trata esta resolución.

2° Apruébase el formulario para la "Declaración Jurada de estado de salud" para viajeros que ingresan a Chile, cuyo texto se acompaña la presente resolución y se entiende formar parte integrante de ella.

3° Publíquese el texto íntegro de la presente resolución y dispóngase el formulario aprobado por este acto para su descarga, en el sitio web del Ministerio de Salud, [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl).

4° Instrúyase a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud que informen a los aeropuertos internacionales, puertos de entrada al país y pasos fronterizos de su jurisdicción los países y territorios en los cuales se ha que ha demostrado tener transmisión sostenida de persona a persona de COVID-19. Asimismo, la misma información deberá ser remitida por la Subsecretaría de Salud Pública a la Dirección General de Aeronáutica Civil, a la Dirección General del Territorio Marítimo y Marina Mercante y al Servicio Nacional de Aduanas. Las entidades informadas en virtud de este precepto deberán, a su vez, comunicar a los viajeros que quieran hacer ingreso al país de los países en los que se ha que ha demostrado tener transmisión sostenida de persona a persona de COVID-19.

5° Déjese constancia que el incumplimiento de cualquiera de las obligaciones impuestas en esta resolución será fiscalizada de acuerdo a lo dispuesto en el Libro X del Código Sanitario, en el Reglamento Sanitario Internacional y podría ser sancionada en virtud de lo dispuesto en los artículos 193, 194, 210 y 212 del Código Penal.

Anótese y publíquese.- Jaime Mañalich Muxi, Ministro de Salud.

Transcribo para su conocimiento resolución Ex. N° 108, de 27-02-2020.- Saluda atentamente a Ud., Elvira Tagle Schmidt, Jefa de Gabinete, Subsecretaría de Salud Pública.



**BIENVENIDO A CHILE | WELCOME TO CHILE**

N° 000000

**Declaración Jurada para Viajeros  
para prevenir enfermedades por Coronavirus (COVID-19)**

(UTILIZAR UN FORMULARIO POR GRUPO FAMILIAR QUE HABITE EL MISMO HOGAR Y HAYA COMPARTIDO LA TOTALIDAD DEL ITINERARIO DE VIAJE)

**Affidavit for Travelers to prevent coronavirus diseases (COVID-19)**

(TO BE USED BY FAMILY GROUPS DWELLING IN THE SAME HOME AND HAVING SHARED THE ENTIRE TRAVEL ITINERARY)

**1. INFORMACIÓN PERSONAL | Personal Information**

Apellidos | Last Name \_\_\_\_\_ Nombres | Names \_\_\_\_\_ Masculino Male  Femenino Female

DOCUMENTO DE VIAJE Travel Document Tipo Type \_\_\_\_\_ N° N° \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO Date of Birth Día Day / Mes Month / Año Year \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD Nationality \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO A CHILE Date of Entry into Chile Día Day / Mes Month / Año Year \_\_\_\_\_ PAÍS DE PROCEDENCIA Country of Origin \_\_\_\_\_

MEDIO DE TRANSPORTE DE INGRESO A CHILE Means of Transport of entry into Chile
 Avión Plane  Barco Vessel  Bus  Auto Car  Tren Train  Camión Truck  Moto Motorcycle  Otro Other

N° DE VUELO (si corresponde) Flight N° (if applicable) \_\_\_\_\_ N° DE ASIENTO Seat N° \_\_\_\_\_ CONTROL FRONTERIZO DEL INGRESO Border Control of Entry \_\_\_\_\_

EMAIL E-mail \_\_\_\_\_ TELÉFONOS DE CONTACTO Contact phone numbers 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

**2. ANTECEDENTES DE VIAJE EN LOS ÚLTIMOS 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 where you were over the last 30 days

CHINA | China

OTROS (Especifique) | Other

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_
- 7. \_\_\_\_\_
- 8. \_\_\_\_\_

**Comprobante de Declaración Jurada para viajeros para prevenir enfermedades por Coronavirus (COVID-19)**

Affidavit for Travelers to prevent coronavirus diseases (COVID-19)

FECHA Date Día Day / Mes Month / Año Year \_\_\_\_\_

N° 000000

**3. ANTECEDENTES DE SALUD | Health information**

¿TUVO CONTACTO CON UNA PERSONA ENFERMA DE CORONAVIRUS (COVID-19)?  SÍ | YES  NO | NO  
Were you in contact with any person ill with coronavirus (COVID-19)?

¿EN SU ESTADÍA EN EN EL EXTRANJERO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, ESTUVO ENFERMO/A?  SÍ | YES  NO | NO  
Were you ill during your stay abroad over the last 30 days?

¿Qué enfermedad? \_\_\_\_\_ Fecha de primeros síntomas \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
What illness? Date of first symptoms Day Month Year

ACTUALMENTE, ¿USTED PRESENTA ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS? | Do you currently have any of these symptoms?

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tos<br>Cough                                   | <input type="checkbox"/> Fiebre<br>Fever               | <input type="checkbox"/> Manchas en la piel<br>Skin rash      |
| <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria<br>Difficult breathing | <input type="checkbox"/> Dolor muscular<br>Muscle pain | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza<br>Headache          |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta<br>Sore throat               |  | <input type="checkbox"/> Náusea / Vómito<br>Nausea / Vomiting |
| <input type="checkbox"/> Secreciones nasales<br>Runny nose              |  | <input type="checkbox"/> Dolor articular<br>Joint pain        |

**4. DIRECCIONES EN CHILE | Addresses in Chile**

Señale las direcciones (o nombre del hotel) y ciudades donde permanecerá en Chile  
State the addresses and cities in where you will stay in Chile

|   | DIRECCIÓN   Address | COMUNA   District | CIUDAD   City | HOTEL   Hotel |
|---|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| 1 |                     |                   |               |               |
| 2 |                     |                   |               |               |
| 3 |                     |                   |               |               |

**5. GRUPO FAMILAR | Family group**

En caso de grupo familiar señalar, nombre y documento de identificación de cada integrante  
In case of a family group, indicate name and identity document of each member.

|   | NOMBRES<br>Names | APELLIDOS<br>Last Name | TIPO DOCUMENTO DE VIAJE   Travel Document |         |
|---|------------------|------------------------|---|---------|
|   |                  |                        | TIPO   Type                               | Nº   N° |
| 1 |                  |                        |   |         |
| 2 |                  |                        |   |         |
| 3 |                  |                        |   |         |
| 4 |                  |                        |   |         |

FECHA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Date Day Month Year

\_\_\_\_\_  
FIRMA | Signature



Infórmese en [minsal.cl](http://minsal.cl)  
o llamando a Salud Responde  
More information at [minsal.cl](http://minsal.cl)  
or calling Salud Responde

**LLAME A SALUD RESPONDE**  
**600-360-7777**  
PROFESIONALES DE LA SALUD ATENDIENDO SUS DUDAS LAS 24 HORAS,  
LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA