

بيان الولايات المتحدة لصحة المسافر

Language

DHS should complete this form for EACH traveler

يجري جمع المعلومات في إطار استجابة الصحة العامة لتفشي مرض الإيبولا. وسوف تستخدم سلطات الصحة العامة الأمريكية وغيرها من الهيئات الدولية أو الفيدرالية أو الحكومية أو المحلية، هذه المعلومات لهذا الغرض. السلطات القانونية المعنية بهذا الجمع للمعلومات هي الأقسام 311 ومن 361 إلى 368 من قانون خدمات الصحة العامة (Public Health Service Act).

ملاحظة: بالرغم من أن التعاون مع مراكز التحكم في الأمراض والوقاية منها (CDC) أثناء تقييم المخاطر المقترح هذا أمر تطوعي، إلا أنك إذا قمت عن دراية وعن عمد بتقديم معلومات خاطئة أو مضللة خلال الفحص أو التحقيق بالأمراض، يُمكن لمراكز التحكم في الأمراض والوقاية منها (CDC)، إذا كان يعتقد بشكل معقول إن الشخص مُعدى بالإيبولا أو قد تعرّض للإيبولا، عزل، حجز، أو وضع الشخص تحت المراقبة بحسب الحق الشرعي 42 من مدونة الأنظمة الفيدرالية قسم 71.32 و 71.33.

Traveler's Information:

الدول التي تفشى فيها مرض الإيبولا في الـ 21 يومًا الماضية: تاريخ المغادرة: ___ / ___ / ___
(يوم/شهر/سنة)

الاسم الأخير (اسم العائلة): الاسم الأول:

دولة إصدار جواز السفر: رقم جواز السفر:

تاريخ الميلاد: ___ / ___ / ___ (يوم/شهر/سنة) الجنس: ذكر أنثى تاريخ الوصول: ___ / ___ / ___ (يوم/شهر/سنة)

شركة الطيران: رقم الرحلة الجوية: رقم المقعد (أرقام المقاعد):

عنوان البريد الإلكتروني الأول: عنوان البريد الإلكتروني الثاني:

رقم الهاتف الأول (أدخل أيضًا رمز الدولة أو اسم الدولة):

رقم الهاتف الثاني (أدخل أيضًا رمز الدولة أو اسم الدولة):

عنوان المنزل:

العنوان (العناوين) للأيام الـ 21 القادمة (أدخل التواريخ):

.....

اسم صديق أو قريب مقيم في الولايات المتحدة:

البريد الإلكتروني: رقم الهاتف: (لصديق/قريب مقيم في الولايات المتحدة)

Yes No DHS visual observation

نعم لا

Have you observed vomiting, diarrhea, or visible bleeding?

DHS Officer, ask traveler the following questions:

نعم لا

اليوم أو في غضون الـ 48 ساعة الماضية، هل تعرضت لأي من الأعراض التالية؟
أ. حمى (100 درجة فهرنهايت/38 درجة مئوية أو أكثر)، أو الشعور بأنك محموم أو الإصابة برعشة؟
ب. قيء أو إسهال؟

نعم لا

خلال الـ 21 يومًا (3 أسابيع) الماضية، هل قمت بأي مما يلي؟
ج. أقمت في نفس المنزل أو تعاملت مع شخص مصاب بالإيبولا أو شخص كان مريضًا بها أو توفي منها؟
د. تواجدت في مرفق رعاية صحية أو مختبر في بلد تفشى فيه مرض الإيبولا؟

نعم لا

هـ. تواجدت بالقرب من أو لمست جثة شخص ميت أو ذهبت الى جنازة في بلد تفشى فيه مرض الإيبولا؟

DHS Action Taken

DHS Officer's Name: _____

Airport Code: _____

Gave tear sheet Gave CARE Kit

Referred to CDC OR Released

سارًا حاليًا من قبل OMB. أرسل تعليقات بشأن تقدير هذا العبء أو أي جانب آخر من جوانب جمع المعلومات هذا، بما في ذلك اقتراحات لخفض هذا العبء إلى CDC/ATSDR
.Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA 0920-1031