



Ministry of Health Guyana

Passenger Locator Form

Please fill this form completely with correct data (*Llenar completamente con datos precisos*)

Flight # (*Número del vuelo*): _____ Seat # (*Número del asiento*): _____

First name (*Nombre*): _____ Last name (*Apellido*): _____

Date of Birth (*Fecha de nacimiento*): ___/___/___ Age (*Edad*): _____

Gender (*Genero*): _____ Nationality (*Nacionalidad*): _____

Citizens (*Ciudadanos*) - Local Telephone # (*Teléfono local #*): _____

Local Address (*Dirección local*): _____

Visitors (*Visitantes*) – Telephone # (*Teléfono #*): _____

Intended Address (*Dirección de destino*): _____

Country of origin & date departed: _____

(*País de origen y fecha de salida*)

Countries travelled in the last 30 days: _____

(*Países viajados en los últimos 30 días*)

COVID-19 PCR / Antigen Test Date: _____ Results of Test: _____

(*Fecha de la prueba*)

(*Resultados*)

Proof of vaccination (*Prueba de vacunación*): Yes / No | Partially vaccinated

(*Parcialmente vacunado*) / Fully vaccinated (*Totalmente vacunado*) /

Booster (*Refuerzo*)

Name of vaccine (*Nombre de la vacuna*): _____

Date (*Fecha*): ___/___/___ Signature (*Firma*): _____

I attest that this information is true, accurate, and complete and understand that any falsification, omission, or concealment of material facts may subject me to criminal liability (Doy fe de que esta información es verdadera, precisa y completa y entiendo que cualquier falsificación, omisión u ocultación de hechos materiales puede someterme a responsabilidad penal).