



DECLARACION JURADA
NACIONALES Y EXTRANJEROS RESIDENTES EN LA REPUBLICA DE PANAMA

Yo, _____, varón/mujer, mayor de edad, de nacionalidad panameña y portador de la cédula de identidad personal _____; o residente en la República de Panamá, con número de Cédula E- _____, o carné de migración número _____, nacional de _____, con domicilio en _____, provincia de _____, República de Panamá, por este medio me comprometo y declaro voluntariamente y bajo juramento lo siguiente:

1. Que entiendo que como resultado de los efectos generados por la enfermedad infecciosa denominada CoViD-19, la cual ha sido catalogada como una pandemia por la Organización Mundial de la Salud, el gobierno nacional ha decidido aplicar medidas de emergencia a fin de garantizar la salud pública de la población panameña y prevenir la propagación del virus, por lo que ha regulado de manera especial la entrada al territorio nacional de personas nacionales y extranjeras con residencia en Panamá.

2. Que los miembros de mi familia que residen en Panamá son:

NOMBRE	PARENTEZCO	EDAD	NACIONALIDAD
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Nombre y teléfono de contacto en caso de emergencia: _____

3. Que he solicitado voluntariamente ser parte del traslado humanitario que realiza el gobierno de la República de Panamá, con el fin de que pueda retornar a territorio panameño, bajo las condiciones impuestas por éste o cualquiera de sus instituciones. No obstante, entiendo y acepto que el gobierno nacional no es, bajo ningún concepto, responsable de mi retorno al país de donde fui repatriado.

4. Declaro que no sufro ni padezco de ninguna condición vinculada al virus CoViD-19 y que, en todo caso, estoy dispuesto a someterme a todos los exámenes y medidas de prevención y control sanitario que impongan las autoridades panameñas, a fin de evitar la propagación del virus mencionado, antes de viajar a Panamá y/o una vez llegue a territorio panameño. Me obligo, por este medio a cumplir las medidas de control sanitario y protocolos de salud que disponga el gobierno nacional a través del Ministerio de Salud (MINSAL) y cumplir con la cuarentena OBLIGATORIA de catorce (14) días, ya sea domiciliaria o en las instalaciones que para ello dispongan las autoridades sanitarias al momento de mi llegada.

5. En el caso de que las autoridades del Ministerio de Salud dispongan que la cuarentena obligatoria deba cumplirse en instalaciones que para el efecto dispongan, entiendo y acepto que, las instalaciones cuentan con las **condiciones mínimas básicas**, necesarias para mi estadía. Entiendo y acepto que no podré tener contacto físico con mis familiares ni con persona alguna que no se encuentre alojada en la misma instalación y que no podré salir de ésta hasta que sea autorizado por las autoridades de salud.



6. En el caso de que las autoridades del Ministerio de Salud dispongan que la cuarentena obligatoria deba cumplirse en mi domicilio, entiendo y acepto que debo cumplir las instrucciones que al efecto me impartan las autoridades sanitarias, incluyendo acceder a utilizar el aplicativo Protégete para el monitoreo de aparición de síntomas y confirmación de cuarentena, para lo cual deberá contar con un número de celular de Panamá. El número de celular, con *sim card* de Panamá, que utilizaré para registrarme en la aplicación "Protégete" es el siguiente: _____ y la dirección en la cual cumpliré la cuarentena domiciliaria es la siguiente: casa/apartamento No. _____ Edificio _____, calle _____ Urbanización/barriada _____ corregimiento _____ distrito _____ y Provincia _____.

7. Entiendo y acepto que las autoridades de salud determinarán el lugar de la cuarentena obligatoria, no queda a opción mía la elección de el lugar.
8. Declaro que me obligo a respetar y cumplir las medidas de seguridad, las medidas sanitarias y a guardar el debido comportamiento durante el traslado a Panamá y durante el periodo de cuarentena obligatoria en las instalaciones destinadas por el Ministerio de Salud (MINSA) para estos efectos.
9. Igualmente declaro que renuncio a cualquier reclamación en contra del Ministerio de Salud (MINSA), sus autoridades y funcionarios y, en general, en contra del gobierno nacional y sus funcionarios; los relevo de toda responsabilidad y compromiso y los mantengo indemnes por cualesquiera daños y perjuicios, pérdidas, contagio, costos o gastos, surgidos o relacionados a mi traslado (traslado humanitario) hacia territorio panameño y/o durante mi estadía en las instalaciones destinadas por el Ministerio de Salud (MINSA) o en mi domicilio, para el período de cuarentana obligatorio.
10. Autorizo se me realice el tratamiento médico que las autoridades sanitarias panameñas consideren conveniente en caso de una afectación, accidente o enfermedad que pueda surgir, o cualquier hospitalización que sea necesaria durante mi traslado y el período de cuarentena obligatorio, incluyendo las pruebas y exámenes necesarios para determinar el contagio de COVID-19.

Al firmar el presente documento, certifico que toda la información en este formulario está completa y es cierta, también estoy de acuerdo en regirme por todas las políticas, compromisos y reglas establecidas para este evento/actividad y que, de no cumplirlas, entiendo seré sancionado pudiendo ser objeto de multas desde B/.50,000.00 hasta B/.100,000.00, conforme lo señala el artículo 6 del Decreto Ejecutivo 504 de 23 de marzo de 2020, o medidas de conformidad a la normativa que regula la materia, entre las que podrá estar el impedimento de participar en el vuelo humanitario.

Nombre: _____

Firma: _____

Cédula/ Carné de migración: _____

Fecha: _____