

**REGISTRO DEL SOLICITANTE  
(PLAN VUELTA LA PATRIA)**

FECHA DE ENTREVISTA:	FUNCIONARIO(A) QUE REALIZÓ LA ENTREVISTA:
----------------------	---

**I) GENERAL**

<input type="checkbox"/> GRUPO FAMILIAR <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL	PAÍS/ ESTADO/ CIUDAD DE RESIDENCIA:
--	-------------------------------------

FECHA DE INGRESO AL PAÍS:	CONDICIÓN MIGRATORIA: <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR
---------------------------	--

¿CÓMO INGRESÓ AL PAÍS?

<input type="checkbox"/> VÍA AÉREA	<input type="checkbox"/> VÍA TERRESTRE	<input type="checkbox"/> VÍA MARÍTIMA O FLUVIAL
<input type="checkbox"/> AVIÓN	<input type="checkbox"/> VEHÍCULO PARTICULAR	<input type="checkbox"/> BARCO
<input type="checkbox"/> HELICÓPTERO	<input type="checkbox"/> TRANSPORTE PÚBLICO (TAXI/ AUTOBÚS)	<input type="checkbox"/> LANCHAS
<input type="checkbox"/> AVIONETA	<input type="checkbox"/> TRANSPORTE DE CARGA	<input type="checkbox"/> PEÑERO
<input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> CAMINANDO	<input type="checkbox"/> BUQUE
	<input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> OTRO

¿CUÁLES FUERON LAS CAUSAS QUE MOTIVARON SU SALIDA DE VENEZUELA?

<input type="checkbox"/> OFERTA DE EMPLEO	<input type="checkbox"/> REUNIFICACIÓN FAMILIAR	<input type="checkbox"/> EDUCACIÓN
<input type="checkbox"/> POLÍTICA	<input type="checkbox"/> ALIMENTACIÓN	<input type="checkbox"/> SALUD
<input type="checkbox"/> CRECIMIENTO ECONÓMICO		

TRATO Y ATENCIÓN RECIBIDA EN EL PAÍS DE RESIDENCIA:

<input type="checkbox"/> SEGURO	<input type="checkbox"/> RESPONSABLE	<input type="checkbox"/> SOLIDARIO	<input type="checkbox"/> DISCRIMINATORIO
<input type="checkbox"/> EXPLOTADOR	<input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE)		

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS QUE MOTIVAN SU RETORNO A VENEZUELA?

<input type="checkbox"/> OFERTA DE EMPLEO	<input type="checkbox"/> REUNIÓN FAMILIAR	<input type="checkbox"/> EDUCACIÓN
<input type="checkbox"/> CRECIMIENTO ECONÓMICO	<input type="checkbox"/> ALIMENTACIÓN	<input type="checkbox"/> SALUD
<input type="checkbox"/> POLÍTICA	<input type="checkbox"/> XENOFOBIA	<input type="checkbox"/> VIVIENDA

DIRECCIÓN EN VENEZUELA:

ESTADO: MUNICIPIO: PARROQUIA  
 CIUDAD: URBANIZACIÓN/ SECTOR/ BARRIO:  
 CALLE O AVENIDA: EDIFICIO/ CASA: PISO:  
 NÚMERO DE CONTACTO EN VENEZUELA:

**II) DATOS PERSONALES**

NOMBRES:

APELLIDOS:

N° CÉDULA DE IDENTIDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

LUGAR DE NACIMIENTO:

SEXO:

ESTADO:

FEMENINO

MUNICIPIO:

MASCULINO

INDIQUE EL MODO DE SU NACIONALIDAD:

ESTADO CIVIL:

NACIMIENTO

SOLTERO(A)

CASADO(A)

NACIDO EN EL EXTERIOR

UNIDO(A)

DIVORCIADO(A)

POSEE PASAPORTE: SI  NO

VIUDO(A)

NÚMERO DE PASAPORTE:

FECHA DE VENCIMIENTO DEL PASAPORTE:

N° DE TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

¿POSEE CARGA FAMILIAR? SI  NO

EN CASO AFIRMATIVO ¿CUÁNTOS?

¿USTED SOLICITÓ ASILO O REFUGIO? SI  NO

**III) EDUCACIÓN**

NIVEL DE EDUCACIÓN APROBADO:

ANALFABETA

EDUC. INICIAL

EDUC. BÁSICA

EDUC. MEDIA

BACHILLER

UNIVERSITARIO

ESPECIALIZACIÓN

MAESTRÍA

DOCTORADO

SI ES UNIVERSITARIO INDIQUE LA PROFESIÓN: ÁREA:

OFICIO:

#### IV) CONDICIÓN Y ESTADO DE SALUD

¿POSEE ALGUNA DISCAPACIDAD?  SI  NO

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL TIPO DE DISCAPACIDAD:

- FÍSICA  SENSORIAL  INTELECTUAL  
 PSÍQUICA  VISCERAL  MÚLTIPLE

EN CASO DE DISCAPACIDAD SENSORIAL, ESPECÍFIQUE:  AUDITIVA  VISUAL

¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD?  SI  NO

EN CASO AFIRMATIVO, ESPECÍFIQUE:

- ALÉRGICAS  DERMATOLÓGICOS  MENTALES  
 CARDIOVASCULARES  ONCÓLOGICAS  ENDOCRINAS  
 DIGESTIVAS  NEUROLÓGICAS  TRANSMISIÓN SEXUAL  
 AUTO INMUNES  REUMÁTICAS  OTROS (ESPECIFIQUE)

¿RECIBE ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO?  SI  NO

#### V) LABORAL

ACTIVIDAD ECONÓMICA QUE DESEMPEÑABA EN EL PAÍS DE RESIDENCIA

- COMERCIAL  SERVICIOS  EDUCACIÓN  TURISMO  
 SALUD  AGRÍCOLA  ENERGÍA  INDUSTRIA  
 ADMINISTRATIVOS  FINANCIEROS  PÚBLICO  NINGUNA  
 OTRO (ESPECIFIQUE):

ACTIVIDAD ECONÓMICA QUE DESEMPEÑABA EN VENEZUELA

- COMERCIAL  SERVICIOS  EDUCACIÓN  TURISMO  
 SALUD  AGRÍCOLA  ENERGÍA  INDUSTRIA  
 ADMINISTRATIVOS  FINANCIEROS  PÚBLICO  NINGUNA  
 OTRO (ESPECIFIQUE):

## VI) BENEFICIOS

¿FUISTE BENEFICIARIO DE ALGUNO DE LOS PROGRAMAS SOCIALES OFRECIDOS POR EL GOBIERNO NACIONAL VENEZOLANO?  SI  NO

EN CASO AFIRMATIVO, ESPECÍFIQUE:

MISIÓN VIVIENDA

MISIÓN BARRIO ADENTRO

MISIÓN NEGRA HIPÓLITA

MISIÓN SUCRE

MISIÓN MILAGRO

MISIÓN NIÑO JESÚS

MISIÓN RIBAS

MISIÓN BARRIO NUEVO, BARRIO TRICOLOR

PLAN PARTO HUMANIZADO

MISIÓN ROBINSON

MISIÓN AMOR MAYOR

MISIÓN HOGARES DE LA PATRIA

MISIÓN JOSÉ GREGORIO HERNÁNDEZ

MISIÓN CHAMBA JUVENIL

CLAP

¿POSEE CARNET DE LA PATRIA?  SI  NO ¿POSEE PENSIÓN DEL IVSS?  SI  NO

OBSERVACIONES:

SIENO  
SISTEMA DE INFORMACION DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA  
FICHA DE INVESTIGACION DE RESPIRATORIA AGUDA

ENFERMEDAD: RESPIRATORIA AGUDA  
DEFINICIÓN DE CASO: PERSONA QUE DESARROLLA SIGNOS Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, ACOMPAÑADOS O NO DE FIEBRE Y COMPATIBLE CON ALGUNAS DE LAS ENTIDADES DIAGNÓSTICAS INCLUIDAS EN LOS CÓDIGOS J00 - J06 Y J20 - J22 DE LA CIE - 10

1. Numero del Caso: \_\_\_\_\_ 2. Fecha de elaboración: \_\_\_\_\_ 3. Establecimiento: \_\_\_\_\_ 4. Parroquia: \_\_\_\_\_

5. Municipio: \_\_\_\_\_ 6. Estado: \_\_\_\_\_ 7. Código: \_\_\_\_\_ 8. Fuente de Notificación: Publico  Laboratorio  Búsqueda Activa   
Privado  Comunidad  Otros

9. Primer Apellido: \_\_\_\_\_ 10. Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ 11. Primer Nombre: \_\_\_\_\_ 12. Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

13. C.I. Pasaport: VO \_\_\_\_\_ EO \_\_\_\_\_ 14. Nacionalidad: \_\_\_\_\_ 15. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ 16. Edad: \_\_\_\_\_ 17. Sexo: M  F

18. Indígena SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Grupo étnico \_\_\_\_\_ 19. Nivel Educativo: I  S  TSU/U   
P  TM  20. Años Aprobados: \_\_\_\_\_ 21. Situación Conyugal: S  U  D   
G  B  V  L

22. Profesión: \_\_\_\_\_ 23. Ocupación: \_\_\_\_\_ 24. Sitio de trabajo: \_\_\_\_\_ 25. Latitud \_\_\_\_\_ Longitud \_\_\_\_\_

26. Entidad de Residencia: \_\_\_\_\_ 27. Municipio de Residencia: \_\_\_\_\_ 28. Parroquia de Residencia: \_\_\_\_\_ 29. Localidad de Residencia: \_\_\_\_\_

30. Urb./Sector/ Zona Industrial: \_\_\_\_\_ 31. Av./Carrera/ Calle/Esquina/Vereda: \_\_\_\_\_ 32. Casa/Edif./ Quinta/Galpón: \_\_\_\_\_ 33. Piso/ Planta/Local: \_\_\_\_\_

34. Teléfono de Habitación (fijo): \_\_\_\_\_ 35. Teléfono Celular (móvil): \_\_\_\_\_ 36. Punto de Referencia: \_\_\_\_\_

37. Nombre de la Madre y/o Representante: \_\_\_\_\_ 38. Nombre del Padre y/o Representante: \_\_\_\_\_

Antecedentes Epidemiológicos:

39. Condición de sospecha en: Consultante NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ Investigación de Brote NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ Contacto NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_

40. Lugar probable de exposición / Infección: Estado \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Parroquia \_\_\_\_\_ Sector \_\_\_\_\_

41. Fecha Probable de Exposición D/M/A: \_\_\_\_\_ 42. Tiempo de Exposición: \_\_\_\_\_

43. Fecha de Inicio de Síntomas D/M/A: \_\_\_\_\_ 44. Fecha de Atención Médica (D/M/A): \_\_\_\_\_

45. Fecha de Notificación D/M/A: \_\_\_\_\_ N° Semana Epidemiológica: \_\_\_\_\_ 46. Fecha de Investigación D/M/A: \_\_\_\_\_

47. En caso de viaje por Vía Aérea: Procedencia: \_\_\_\_\_

48. Fecha de Arribo D/M/A: \_\_\_\_\_ Lugar (Aeropuerto): \_\_\_\_\_

49. Factores de Riesgo	Marque (X)	Donde	Factores de Riesgo	Marque (X)
Contacto con Animales (Aves, Porcinos, Equinos)			Habito Tabaquico	
Ha estado en contacto con Gallineros, Cochineras, Haras			Antecedentes de Asma	
Viajes en los últimos 10 días:			Antecedentes de EBPOC _____	
Ha estado en curvas con excrementos de Aves o Murciélagos			Antecedentes de Cardiopatías / HTA	
Ha estado en Esteras y/o Sitios en construcción, con excrementos de Aves o Murciélagos			Antecedentes de Diabetes	
Contacto con fluidos/ Tejidos Humanos			Antecedentes de Nefropatía	
Familiares o vecinos con síntomas parecidos en los últimos días			Infección VIH/SIDA	
Otros: No _____ Si _____ Especifique: _____				

50. Contacto de familiares o Vecinos con síntomas parecidos en los últimos 10 días \_\_\_\_\_ 51. Antecedentes de Vacunación \_\_\_\_\_

	Nombre y Apellidos	Vacunas	N° DE DOBIS	Fecha de la última dosis (D/M/A)
1		Antiinfluenza:		
2		Antisampión:		
3		Trivalente Viral:		
4		DPT		
5		Antihaemophilus influenzae B		
6		Pentavalente		
7		Antimeningococo		
8		Neumocócica		
9		Heptavalente		
10		Vacuna 23 Valente		

52. N° de personas del grupo familiar: \_\_\_\_\_ 53. N° de habitaciones para dormir: \_\_\_\_\_ 54. Hacinamiento Familiar NO \_\_\_ SI \_\_\_ 55. Visitas de Familiares al Hogar durante de últimos 10 días NO \_\_\_ SI \_\_\_ N° \_\_\_\_\_ 56. Contacto con caso similar NO \_\_\_ SI \_\_\_ Donde: \_\_\_\_\_  
 57. Identificar Contacto: NO \_\_\_ SI \_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_ 58. En los contactos Identificados existen Trabajadores de la Salud NO \_\_\_ SI \_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Lugar/es de Trabajo: \_\_\_\_\_ 59. Población Cautiva: NO \_\_\_ SI \_\_\_ Tipos: \_\_\_\_\_ 60. Contacto con Caso Similares: NO \_\_\_ SI \_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
 61. Uso de Antibióticos dentro de la última semana: NO \_\_\_ SI \_\_\_ No sabe \_\_\_\_\_ SI es SI ¿Cuál? \_\_\_\_\_ 62. Vía de Administración: Oral \_\_\_ Parenteral \_\_\_  
 63. Fecha de Primera Dosis: D/M/A \_\_\_\_\_ Fecha Última Dosis: D/M/A \_\_\_\_\_ 64. Hospitalizado NO \_\_\_ SI \_\_\_ 65. Fecha de Ingreso: D/M/A \_\_\_\_\_  
 66. Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_ 67. N° de Historia: \_\_\_\_\_ 68. Fecha de Egreso D/M/A \_\_\_\_\_

DATOS CLÍNICOS:					
69. Signos y Síntomas	SI	Fecha D/M/A	Signos y Síntomas	SI	Fecha D/M/A
Fiebre			Taquipnea		
Escalofrío			Disnea/Traje		
Cefaleas			Cianosis		
Malgars			Auscultación		
Artralgias			Roncus		
Audiopatías			Sibilantes		
Conestión Nasal			Crepitantes		
Rinorrea			Malestar General		
Estornudo			Fatiga		
Garganta Ardor			Asíntoma		
Garganta Dolor			Prostración		
Odinofagia			Conjuntivitis		
Estridor			Nauseas ó Vómitos		
Distonia			Diarreas		
Tos Perenne			Eritemas		
Tos Productiva			Otros:		
Dolor Torácico			Cuales:		

70. Exámenes de laboratorio:

Tipo de Examen	Fecha de toma Muestra D/M/A	Resultados y fecha D/M/A	Tipo de Examen	Fecha toma Muestra D/M/A	Resultados fecha D/M/A
H.B.			T.G.D.		
H.T.O.			T.G.P.		
C.T.A. Blanca			Pruebas C Reactiva		
Sedimentación			Punción Torácica		
Urocultivos			Rayo X Tórax		
Espectrofot.			Condensación		
Urocultivos			Examen Pleural		
Orina			Biopsia/Aspiración		
Urocultivos			Infiltrado Intersticial		
Orina			Infiltrado Alveolar		
Urocultivos			Otros _____		

71. Dx Probable	Marque (X)	73. Manejo y Condición	Marque (X)
Entrenidad Tipo Influenza (E-1) (J10-J11)		Hospitalización	
Neumonía (J12-J18)		Ambulatorio	
Pneumonia Aguda (J00)		Búsqueda Activa	
Sinusal Aguda (J01)		Servicio de emergencia	
Faringitis Aguda (J02)		Unidad de cuidados intensivos	
Amigdalitis Aguda (J03)		74. Motivo de Alta Médica	Marque (X)
Laringitis y Faringitis Aguda (J04)		Seguimiento	
Laringitis Obstruccion y Epiglotitis (J05)		Traslado	
Infecciones Agudas de la Vías Respiatorias Superiores, de Sitos Múltiples O No Especificados (J06)		Contra opinión	
Trinagitis Aguda (J20)		Contra opinión	
Trinagitis Aguda (J21)		Fuga	
Infección Aguda no tipo "C" de las vías respiratorias inferiores (J22)		Muerte	
Síndrome Obstruccion del Tórax		75. Intervenciones:	
Síndrome Viral		_____	
Asesía		_____	
Parosismos		_____	
Neumonía Química		_____	
Otros _____		Especifique _____	

72. INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) \_\_\_\_\_ Especifique Tipo de Diagnóstico Probable \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE REPATRIACIÓN

Yo \_\_\_\_\_ ciudadano(a) venezolano(a), titular de la cédula de identidad N° V-\_\_\_\_\_, pasaporte N° \_\_\_\_\_; residente de hecho y/o derecho en el país \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades, manifiesto mi libre voluntad para regresar a la República Bolivariana de Venezuela. Es por eso, que solicito al Presidente Nicolás Maduro Moros me incorpore como beneficiario al Plan Vuelta a la Patria dado que soy consciente y acepto las condiciones que me otorga este beneficio. Por lo tanto, considero de vital importancia para mi persona y mi familia la posibilidad de retornar a Venezuela, para así tener mejores condiciones de desarrollo social y personal que no he conseguido en este país por distintas razones, al mismo tiempo me comprometo a contribuir para el necesario desarrollo integral de la Nación.

Entiendo que la asistencia prestada en el marco de este beneficio, no comprende la posibilidad de permanecer en un país de tránsito, y que las autoridades nacionales pueden entrevistarme y/o interrogarme a mi llegada. Entiendo además, que el Estado venezolano respetará las normas y procedimientos establecidos por las autoridades aeroportuarias o de inmigración durante el tránsito o a la llegada, y que este beneficio será recibido una sola vez por mí persona.

MANIFIESTO mediante la presente solicitud al Ministerio del Poder Popular para Relaciones Exteriores de la República Bolivariana de Venezuela, que he facilitado toda la información sobre las afecciones médicas que pudieran afectar mi bienestar y el de otras personas durante el proceso de retorno voluntario. Confirmando que, en caso que la información aquí enunciada cambie en el período previo a mi partida, informaré inmediatamente a la misión venezolana del país donde me encuentro.

DECLARO, también, que a mi real saber y entender, la información que he proporcionado es correcta y verdadera, en el entendido que la falsedad de la misma limita sus efectos.

\_\_\_\_\_  
Firma del interesado (o representante legal)

--	--

\_\_\_\_\_  
Fecha y lugar

Huellas (Pulgares)

## SOLICITUD DE RECURSOS A LA ONU

Yo \_\_\_\_\_, ciudadano(a) Venezolano(a), titular de la cédula de identidad N° V-\_\_\_\_\_ pasaporte N° \_\_\_\_\_; y actualmente residiendo en \_\_\_\_\_, bajo la condición de \_\_\_\_\_ solicito al Sistema de las Naciones Unidas, a través del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), que le asigne recursos al Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela para que pueda continuar con el Plan Vuelta a la Patria. Además, es pertinente manifestar que la mencionada petición, representa el desistimiento de mi solicitud como Refugiado o el estado de Refugiado en caso de que esta fuere mi condición.

La presente solicitud la realizo por razones humanitarias, toda vez que no me encuentro en condiciones dignas que permitan mi desarrollo integral, la satisfacción de mis necesidades básicas (y las de mi grupo familiar), y siento que mis derechos fundamentales han sido vulnerados, de manera que el retorno a mi país, representa una oportunidad de mejora de mi calidad de vida, que me permita el ejercicio de todos los derechos inherentes a mi condición de nacional venezolano, en razón de lo cual me comprometo a contribuir con el desarrollo integral de la Nación.

MANIFIESTO estar consciente que el beneficio de repatriación voluntaria a mi país, se recibe una sola vez, no implica la posibilidad de permanecer en un país de tránsito, y que las autoridades venezolanas deben cumplir la normativa en materia migratoria durante la salida, tránsito y llegada al país. Asimismo, manifiesto que en ocasión de la presentación de esta solicitud, he informado sobre las afecciones médicas que pudieran afectar mi bienestar y el de mi grupo familiar durante el proceso de repatriación, la cual en caso de modificaciones será reportada a las instancias correspondientes

AUTORIZO mediante la presente solicitud al Ministerio del Poder Popular para Relaciones Exteriores de la República Bolivariana de Venezuela, y a cualquier persona o entidad autorizada que actúe en nombre de la misma, a que recopile, utilice, comunique y disponga de mis datos personales y, cuando proceda, los datos personales de mis familiares.

DECLARO, también, que a mi real saber y entender, la información que he proporcionado es correcta y veraz, en el entendido que la falsedad de la misma limita sus efectos.

\_\_\_\_\_  
Firma del interesado (o representante legal)

--	--

\_\_\_\_\_  
Fecha y lugar

Huellas (Pulgares)