



Certificado de Prueba COVID-19
Certificate of Testing for COVID-19

Fecha de expedición
Date of issue _____

Nombre _____ Núm. Pasaporte _____
Name _____, Passport No. _____,
Nacionalidad _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____
Nationality _____, Date of Birth _____, Sex _____

Este documento certifica los siguientes resultados obtenidos en la prueba COVID-19 llevada a cabo a través de las muestras tomadas a la persona arriba indicada.
This is to certify the following results which have been confirmed by testing for COVID-19 conducted with the sample taken from the above-mentioned person.

Ejemplo Sample (Marque una de las siguientes casillas /Check one of the boxes below)	Método de Prueba COVID-19 Testing Method for COVID-19 (Marque una de las siguientes casillas /Check one of the boxes below)	Resultado Result	①Fecha del Resultado Test Result Date ②Fecha y hora de toma de muestras Specimen Collection Date and Time	Observaciones Remarks
<input type="checkbox"/> Hisopo nasofaríngeo Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> Saliva Saliva	<input type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (RT-PCR) Nucleic acid amplification test (RT-PCR) <input type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (LAMP) Nucleic acid amplification test (LAMP) <input type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (TMA) Nucleic acid amplification test (TMA) <input type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (TRC) Nucleic acid amplification test (TRC) <input type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (Smart Amp) Nucleic acid amplification test (Smart Amp) <input type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (NEAR) Nucleic acid amplification test (NEAR) <input type="checkbox"/> Secuencia próxima generación Next generation sequence <input type="checkbox"/> Prueba cuantitativa de antígenos* (CLEIA) Quantitative antigen test* (CLEIA)	<input type="checkbox"/> Negativo Negative <input type="checkbox"/> Positivo Positive →Denegado acceso a Japón/No entry into Japan	①Fecha (año/mes/día) Date (yyyy /mm /dd) ____ / ____ / ____ ②Fecha (año/mes/día) Date (yyyy /mm /dd) ____ / ____ / ____ Hora Time AM/PM : ____	

* No es una prueba de antígeno cualitativa.
Not a qualitative antigen test.

Nombre de la Institución Médica _____
Name of Medical institution _____
Dirección de la Institución _____
Address of the institution _____
Firma del Médico _____
Signature by doctor _____

Sello
An imprint of a seal



Certificado de Prueba COVID-19
Certificate of Testing for COVID-19

Fecha de expedición
Date of issue _____

Nombre _____ Núm. Pasaporte _____
Name _____, Passport No. _____,
Nacionalidad _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____
Nationality _____, Date of Birth _____, Sex _____

Este documento certifica los siguientes resultados obtenidos en la prueba COVID-19 llevada a cabo a través de las muestras tomadas a la persona arriba indicada.
This is to certify the following results which have been confirmed by testing for COVID-19 conducted with the sample taken from the above-mentioned person.

Ejemplo Sample (Marque una de las siguientes casillas /Check one of the boxes below)	Método de Prueba COVID-19 Testing Method for COVID-19 (Marque una de las siguientes casillas /Check one of the boxes below)	Resultado Result	①Fecha del Resultado Test Result Date ②Fecha y hora de toma de muestras Specimen Collection Date and Time	Observaciones Remarks
<input checked="" type="checkbox"/> Hisopo nasofaríngeo Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> Saliva Saliva	<input type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (RT-PCR) Nucleic acid amplification test (RT-PCR) <input checked="" type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (LAMP) Nucleic acid amplification test (LAMP) <input type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (TMA) Nucleic acid amplification test (TMA) <input type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (TRC) Nucleic acid amplification test (TRC) <input type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (Smart Amp) Nucleic acid amplification test (Smart Amp) <input type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (NEAR) Nucleic acid amplification test (NEAR) <input type="checkbox"/> Secuencia próxima generación Next generation sequence <input type="checkbox"/> Prueba cuantitativa de antígenos* (CLEIA) Quantitative antigen test* (CLEIA)	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo Negative <input type="checkbox"/> Positivo Positive → Denegado acceso a Japón/No entry into Japan	① Fecha (año/mes/día) Date (yyyy /mm /dd) <u>2021 / 4 / 2</u> ② Fecha (año/mes/día) Date (yyyy /mm /dd) <u>2021 / 4 / 1</u> Hora Time AM <u>PM</u> <u>2</u> : <u>30</u>	

* No es una prueba de antígeno cualitativa.
Not a qualitative antigen test.

Nombre de la Institución Médica
Name of Medical institution _____
Dirección de la Institución
Address of the institution _____
Firma del Médico
Signature by doctor _____

Sello
An imprint of a seal