



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

Fecha de expedición

Date of issue _____

Nombre

Name _____,

Núm. Pasaporte

Passport No. _____,

Nacionalidad

Nationality _____,

Fecha de nacimiento

Date of Birth _____,

Sexo

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.

Muestra 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"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (RT-PCR) Nucleic acid amplification test (RT-PCR)	<input type="checkbox"/> Negativo Negative	①Fecha(año/mes/día) Date(yyyy /mm /dd) ____ / ____ / ____	
<input type="checkbox"/> Hisopo nasal*2 Nasal Swab	<input type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (LAMP) Nucleic acid amplification test (LAMP)	<input type="checkbox"/> Positivo Positive →Denegado acceso a Japón/No entry into Japan	②Fecha(año/mes/día) Date(yyyy /mm /dd) ____ / ____ / ____ Hora Time AM/PM : ____	
<input type="checkbox"/> Saliva Saliva	<input type="checkbox"/> Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (TMA) Nucleic acid amplification test (TMA)			
<input type="checkbox"/> Hisopo nasofaríngeo y orofaríngeo Nasopharyngeal and oropharyngeal swabs	<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*1 (CLEIA/ECLIA) Quantitative antigen test (CLEIA/ECLIA)			

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

*2 El hisopo nasal es válido cuando el método de prueba es una prueba de amplificación de ácido nucleico.

Nasal Swab is valid when the test method is Nucleic acid amplification 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



Quarantine Station,
Ministry of Health, Labour and Welfare, Japanese Government

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

Ejemplo/Sample

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.

Muestra 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	① Fecha del Resultado Test Result Date ② Fecha y hora de toma de muestras Specimen Collection Date and Time	Observaciones Remarks
<input checked="" type="checkbox"/> Hisopo nasofaríngeo Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> Hisopo nasal*2 Nasal Swab <input type="checkbox"/> Saliva Saliva <input type="checkbox"/> Hisopo nasofaríngeo y orofaríngeo Nasopharyngeal and oropharyngeal swabs	<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*1 (CLEIA/ECLIA) Quantitative antigen test (CLEIA/ECLIA)	<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) 2021 / 4 / 2 ② Fecha(año/mes/día) Date(yyyy /mm /dd) 2021 / 4 / 1 Hora Time AM/PM 2 :30	

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

*2 El hisopo nasal es válido cuando el método de prueba es una prueba de amplificación de ácido nucleico.

Nasal Swab is valid when the test method is Nucleic acid amplification 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