

EXENTO N° 1969 /

SANTIAGO, 16 DIC. 2009



CONTRALORIA GENERAL		
TOMA DE RAZON		
RECEPCION		
Depart. Jurídico		
Dep. T.R. y Regist.		
Depart. Contabil.		
Sub.Dep. C. Central		
Sub.Dep. E. Cuentas		
Sub.Dep. C.P. y B.N.		
Depart. Auditoría		
Depart. VOPU y T		
Sub. Dep. Munip.		
REFRENDACION		
Ref. por \$.....		
Imputación.....		
Anot. por.....		
Imputación.....		
Deduc.Dcto.....		

VISTO: Estos antecedentes; lo establecido en los artículos 2º, 36 y en el Título II del Libro Primero del Código Sanitario; en los artículos 1º, 4º N° 4 y N° 5, 7º del D.F.L N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2.763 de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en el 9º del D.S. N° 136, de 2004, Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud; en el D.S N°283 de 1985 que aprueba el Reglamento de Sanidad Marítima, Aérea y de las Fronteras; en el Reglamento Sanitario Internacional aprobado por Decreto Supremo N° 230, de 2008, del Ministerio de Relaciones Exteriores; lo establecido en la resolución N° 1.600 de 2008, de la Contraloría General de la República;

CONSIDERANDO:

- Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones.

- Que, como consecuencia de la Globalización Mundial, las enfermedades se pueden propagar a través de los viajes internacionales y el comercio, así como la aparición y reaparición de amenazas o riesgos para la salud de las personas; se hace prioritario fortalecer las capacidades de vigilancia de la salud pública y establecer mecanismos de respuesta adecuada.

- Que, con el objeto de evitar la propagación del virus de la nueva Influenza A H1N1, atendida su rápida capacidad de diseminación nacional e internacional; se hizo necesario implementar una serie de medidas sanitarias en el país.

- Que, planteado lo anterior se requiere instalar capacidades de vigilancia de las personas y del medio ambiente en puntos de entrada y salida al país de mayor flujo de personas, dentro de las cuales se considera la implementación de la medida sanitaria denominada "Declaración de Salud del Viajero".

- Que, por las circunstancias mencionadas, por el presente acto vengo en dictar el siguiente

DECRETO

ARTICULO 1°.- A contar de la fecha del presente acto administrativo, la Autoridad Sanitaria podrá solicitar a las empresas de transporte aéreo, la nómina de los pasajeros y tripulación de los vuelos nacionales e internacionales realizados en el país o con destino Chile. Esta información deberá contener el nombre completo del pasajero/tripulación, número de cédula de identidad o pasaporte, domicilio y teléfono de contacto en este país. Esta información se mantendrá disponible por lo menos 30 días en los archivos de la empresa.

ARTICULO 2°.- A su vez, de estimarlo necesario la Autoridad Sanitaria podrá exigir a todo vuelo internacional que arribe al país, que toda su tripulación y sus pasajeros incluyendo los que se encuentren en tránsito, deban completar el documento denominado "Declaración de Salud del Viajero" y entregarlo al funcionario de la Oficina de la Autoridad Sanitaria respectiva o al funcionario que designe el Jefe de Aeropuerto correspondiente al punto de ingreso, dependiente de la Dirección General de Aeronáutica Civil, quien lo remitirá de inmediato a la citada Oficina o la Secretaría Regional Ministerial de Salud correspondiente.

De acuerdo a la situación epidemiológica, este mismo documento podrá ser implementado en otros puntos de entrada habilitados en el país. Una vez completado deberá ser entregado, al personal de la Oficina Sanitaria correspondiente o al organismo designado, quienes lo remitirán de inmediato y por la vía más expedita a la Secretaría Regional Ministerial de Salud correspondiente.

ARTICULO 3°.- Cada vez que la situación Epidemiológica del país lo requiera, en todos los puntos de entrada del país se completará por todos los pasajeros o viajeros el formulario denominado "Declaración de Salud del Viajero", el cual deberá ser entregado a los funcionarios de la Autoridad Sanitaria Regional respectiva o a quien ésta le encomiende la recepción del documento.

ARTICULO 4°.- En caso que el pasajero o viajero, se niegue a completar la declaración, la Autoridad Sanitaria Regional, de la Oficina Sanitaria, aeroportuaria, aduanera, o de Carabineros de Chile, podrá negar el ingreso al país de dicha persona.

Para el cumplimiento de esta medida, la autoridad sanitaria podrá requerir el auxilio de la fuerza pública.

ARTÍCULO 5°.- Apruébese el documento denominado "Declaración de Salud del Viajero", cuyo texto es el siguiente:



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

**DECLARACIÓN DE SALUD DEL VIAJERO
TRAVELER'S HEALTH DECLARATION**

- Esta tarjeta debe ser llenada por el viajero y entregada a la autoridad sanitaria al desembarcar para facilitar la localización del pasajero por parte de las autoridades en los próximos 14 días, que le permitan adoptar medidas de protección a la salud en caso necesario.
- Travelers should fill out this form and hand it in to the health authorities upon landing, so that they can be contacted by authorities over the next 14 days for adoption of health protection actions, if necessary.

1. Medio de Transporte Means of Transportation		<input type="checkbox"/> Aéreo/ Airplane	
		<input type="checkbox"/> Embarcación/ Ship	
		<input type="checkbox"/> Terrestre/ Vehicle	
Lugar de entrada/ Port of Arrival		Fecha ingreso/ Date ____/____/____	
2. Empresa: N° vuelo/ embarcación/ vehículo terrestre Company: Fly N°/ Name of de Ship / Land vehicle		Asiento/ Cabina Seat / Cabin	
3. Nombre Completo/ Full Name:		Fecha Nasc.: Birth Date: ____/____/____	
N° de Pasaporte o Cédula de Identidad/Passport Number or Identity Card: _____		Sexo / Sex : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
País emisor/ Issuing Country/ : _____			
4 - Países y ciudades por donde circuló en los últimos 14 días/ Country and places where you have been in the last 14 days: _____ _____			
5 -Signos y síntomas observados en los últimos 10 días/ Signs and symptoms observed in the last 10 days:			
Fiebre/ Fever <input type="checkbox"/>	tos / Cough <input type="checkbox"/>	dificultad para respirar/ breath difficulty <input type="checkbox"/>	
Diarrea/ Diarrhea <input type="checkbox"/>	Vómito/ Vomit <input type="checkbox"/>	piel u ojos amarillos/ jaundice <input type="checkbox"/>	
dolor muscular/ Muscular pain <input type="checkbox"/>	erupciones de piel/ rash <input type="checkbox"/>	Ninguno/ None <input type="checkbox"/>	
dolor de cabeza/ Headache <input type="checkbox"/>	sangrado anormal/ haemorrhage <input type="checkbox"/>		
6.:Dirección(es) para contacto en los próximos 14 días: Address(es) where you can be found over the next 14 days			
Calle: _____		N° _____ Depto. _____	
Ciudad: _____			
e-mail/correo electrónico: _____		Teléfono/ Phone: _____	
7.Persona de contacto/ Contact point: Nombre Completo/ Full Name :		Ciudad(es)/ City(ies):	
_____		_____	
País/ Country/:		Teléfono/ Phone:	
_____		_____	
8. Fecha/Date: ____/____/____	Firma del viajero/ Traveller's signature/ _____		

Instrucciones para llenar la tarjeta

1. IDENTIFICACIÓN DEL TIPO DE MEDIO DE TRANSPORTE.

Marque con una X la opción que corresponde al medio de transporte en el que ingresó al país. Informe el lugar de ingreso al País y la fecha de llegada.

2. ESPECIFICACIÓN DEL MEDIO DE TRANSPORTE.

En el caso de que haya llegado en avión, informe la compañía aérea, el n° del vuelo y, en la casilla de al lado, el n° del asiento. Si hubiera llegado en barco o vehículo terrestre, informe el nombre de la embarcación o nombre de la empresa terrestre y en la casilla de al lado, la cabina o el asiento.

3. IDENTIFICACIÓN DEL PASAJERO.

Informe el nombre completo, sin abreviarlo, de forma legible, de preferencia con letra de imprenta. En el campo al lado, informe la fecha de nacimiento (día/mes/año). En la línea de abajo, informe el n° del pasaporte o el n° de la cédula de identidad y el país emisor. Al lado, informe el sexo con una X.

4. DECLARACIÓN DEL TRAMO RECORRIDO.

Informar todos los países y ciudades por donde pasó en los últimos 14 días.

5. IDENTIFICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS.

Marque con una X las opciones correspondientes a los síntomas observados en los últimos 10 días.

6. LOCALIZACIÓN DEL PASAJERO:

Consigne dirección(es) para contacto en los próximos 14 días para su rápida localización en caso de necesidad, y en las casillas de abajo, las ciudad(es), los Estado(s)/provincia(s),/dpto(s)/región(es), los País(es), correo (s) electrónico(s) y Teléfono(s) donde sea posible encontrarle.

7. PERSONA DE CONTACTO: consigne el nombre y apellido completo de una persona que conozca su itinerario y pueda contactarlo. En las casillas de al lado y abajo consignar ciudad, país y teléfonos

8. FECHA Y FIRMA: Recuerde colocar la fecha en que fue llenada la tarjeta y firmar la Declaración de Salud del Viajero

Instructions for filling out the form**1. IDENTIFICATION OF THE TYPE OF TRANSPORT.**

Mark with X the box that corresponds to the means of transport in which you arrived at country.

2. SPECIFICATION OF THE MEANS OF TRANSPORT.

Inform the place of entry in the Country and the date of arrival. If you arrived by airplane, inform the flight company, flight number and, in the field to the side, number of seat. If you arrived by ship or land vehicle, inform the name of the ship or vehicle and in the field to the side, the cabin or seat.

3. IDENTIFICATION OF THE PASSENGER.

Inform full name, without abbreviations, legibly, preferably printed. In the field to the side, inform the date of birth (day/month/year). In the line below, inform passport number or identity card number and issuing country. To the side, indicate gender with X.

4. STATEMENT OF THE AREAS WHERE YOU HAVE TRAVELED.

Inform all the countries and places you have been to in the last 14 days.

5. IDENTIFICATION OF THE SYMPTOMS.

Mark with X the boxes that correspond to the symptoms observed over the last 10 days.

6. LOCATING THE PASSENGER.

Write address (es) where you will be in the next 14 days, so that you can be contacted quickly if necessary. Inform City (ies), State(s), Country(ies), E-mail(s) and Phone number(s) where you can be found.

7. CONTACT POINT: write the full name of other person (contact point). In the line below and field to the side, inform phone, address, city, and country.

8. Remember to write the date you filled out the form and to sign the Traveler's Health Declaration.

ANOTESE, COMUNÍQUESE Y PUBLIQUESE

POR ORDEN DE LA PRESIDENTA DE LA REPUBLICA.-



DR. ALVARO ERAZO LATORRE
MINISTRO DE SALUD