



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
AUTORIDAD SANITARIA DE

Nº 000000

MODELO DE CERTIFICADO DE EXENCIÓN DEL CONTROL DE SANIDAD A BORDO/CERTIFICADO DE CONTROL DE SANIDAD A BORDO

MODEL SHIP SANITATION CONTROL EXEMPTION CERTIFICATE/SHIP SANITATION CONTROL CERTIFICATE

MODELE DE CERTIFICAT D'EXEMPTION DE CONTROLE SANITAIRE DE NAVIRE/ CERTIFICAT DE CONTROLE SANITAIRE DE NAVIRE

Puerto de Fecha

El presente Certificado da fe de la inspección y 1) la exención del control o 2) las medidas de control aplicadas

Nombre de la embarcación de navegación marítima o interior Pabellón Matrícula/Nº OMI.....

En el momento de la inspección las bodegas estaban vacías/cargadas con toneladas decarga

Nombre y dirección.....

Port of..... Date:

This Certificate records the inspection and 1) exemption from control or 2) control measures applied

Name of ship or inland navigation vessel.....Flag..... Registration/IMO No.

At the time of inspection the holds were unladen/laden with tonnes of cargo

Name and address of inspecting officer.....

Port :Date :

Le présent certificat rend compte de l'inspection et 1) de l'exemption du contrôle ou 2) des mesures appliquées

Nom du navire ou du bateau de navigation intérieure Pavillon N° d'immatriculation/OMI Au moment de

l'inspection, les cales étaient déchargées/chargées de tonnes de cargaison

Nom et adresse du bureau d'inspection.....

| | | | |
|--|--|--|--|
| Depósitos de lastre Ballast tanks Ballast | | | |
| Desechos sólidos y médicos Solid and medical waste Déchets solides et médicaux | | | |
| Agua estancada Standing water Eaux stagnantes | | | |
| Sala de máquinas Engine room Salle des machines | | | |
| Servicios médicos Medical facilities Services médicaux | | | |
| Otras áreas especificadas (véase el apéndice) Other areas specified - see attached Autres secteurs spécifiés – voir pièce jointe | | | |
| Indique con N/P las áreas donde no proceda Note areas not applicable, by marking N/A. Pour les secteurs non concernés, indiquer « sans objet » | | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

No se hallaron pruebas. La embarcación está exenta de medidas de control que figura a continuación.

Nombre y cargo del funcionario que expide el certificado
Fecha.....

Las medidas de control consignadas se aplicaron en la fecha

Firma y sello

¹ a) Pruebas de infección o contaminación, que comprenden: vectores en cualquier etapa de crecimiento; reservorios animales de vectores; roedores u otras especies que podrían ser portadoras de enfermedades humanas, riesgos microbiológicos, químicos y de otra índole para la salud humana; indicios de medidas sanitarias insuficientes. b) Información de que se han presentado casos humanos (que hayan de consignarse en la Declaración Marítima de Sanidad).

² Resultados de las muestras tomadas a bordo. El análisis se hará llegar al capitán de la embarcación por el medio más rápido posible y, en caso de que se requiera una reinspección, al siguiente puerto de escala que convenga y que coincida con la fecha que se consigne en este certificado para la reinspección.

Los certificados de exención del control de sanidad a bordo y los certificados de control de sanidad a bordo tienen una validez máxima de seis meses, que podrá prorrogarse un mes si no es posible realizar la inspección en el puerto y no hay pruebas de infección o contaminación

No evidence found. Ship/vessel is exempted from control measures.

Control measures indicated were applied on the date below.

Name and designation of issuing officer Signature and seal Date

¹ (a) Evidence of infection or contamination, including: vectors in all stages of growth; animal reservoirs for vectors; rodents or other species that could carry human disease, microbiological, chemical and other risks to human health; signs of inadequate sanitary measures. (b) Information concerning any human cases (to be included in the Maritime

Declaration of Health).

² Results from samples taken on board. Analysis to be provided to ship's master by most expedient means and, if re-inspection is required, to the next appropriate port of call coinciding with the re-inspection date specified in this certificate.

Sanitation Control Exemption Certificates and Sanitation Control Certificates are valid for a maximum of six months, but the validity period may be extended by one month if inspection cannot be carried out at the port and there is no evidence of infection or contamination.

Nom et titre de l'agent qui délivre le certificat Signature et sceau Date

¹ a) Signes d'infection ou de contamination, y compris : vecteurs à tous les stades de leur croissance, réservoirs animaux de vecteurs, rongeurs ou autres espèces qui pourraient être porteurs de maladies humaines, risques microbiologiques, chimiques et autres pour la santé humaine, mesures d'hygiène insuffisantes ; b) Information concernant des cas humains (à faire figurer dans la déclaration maritime de santé).

² Résultats de l'analyse des échantillons prélevés à bord : résultats à fournir dans les plus brefs délais au capitaine du navire et, si une nouvelle inspection est requise, à l'escale suivante, la plus appropriée compte tenu de la date de réinspection indiquée dans le certificat.

Les certificats d'exemption de contrôle sanitaire et les certificats de contrôle sanitaire sont valables six mois au maximum ; toutefois, la durée de validité peut être prolongée d'un mois si l'inspection ne peut pas être effectuée au port et s'il n'y a aucun signe d'infection ou de contamination.



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
AUTORIDAD SANITARIA DE

Nº 000000

APÉNDICE DEL MODELO DE CERTIFICADO DE EXENCIÓN DEL CONTROL DE SANIDAD A BORDO/CERTIFICADO
DE CONTROL DE SANIDAD A BORDO

ATTACHMENT TO MODEL SHIP SANITATION CONTROL EXEMPTION CERTIFICATE/SHIP SANITATION CONTROL CERTIFICATE

PIECE JOINTE AU MODELE DE CERTIFICAT D'EXEMPTION DE CONTROLE SANITAIRE DE NAVIRE/
CERTIFICAT DE CONTROLE SANITAIRE DE NAVIRE

| Áreas/servicios/sistemas Inspeccionados Areas/facilities/systems inspected Secteurs/installations/ systèmes inspectés | Pruebas Encontradas Evidence found Signes constatés | Resultados de las muestras Sample results Résultats de l'analyse des échantillons | Documentos examinados Documents reviewed Documents examinés | Medidas de control aplicadas Control measures applied Mesures de lutte appliquées | Fecha de reinspección Re-inspection date Date de réinspection | Observaciones sobre las condiciones encontradas Comments regarding conditions found Remarques concernant les conditions observées |
|--|--|--|--|--|--|--|
| Alimentos Food Nourriture | | | | | | |
| Procedencia Source Source | | | | | | |
| Almacenamiento Storage Stockage | | | | | | |
| Preparación Preparation Préparation | | | | | | |
| Servicio Service Service | | | | | | |
| Agua Water Eau | | | | | | |
| Procedencia Source Source | | | | | | |
| Almacenamiento Storage Stockage | | | | | | |
| Distribución Distribution Distribution | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Desechos Waste Déchets | | | | | | |
| Almacenamiento Holding Stockage | | | | | | |
| Tratamiento Treatment Traitement | | | | | | |
| Evacuación Disposal Evacuation | | | | | | |
| Piscinas/gimnasios Swimming pools/spas Piscines/spas | | | | | | |
| Equipo Equipment Equipement | | | | | | |
| Funcionamiento Operation Fonctionnement | | | | | | |
| Servicios médicos Medical facilities Services médicaux | | | | | | |
| Equipo y dispositivos médicos Equipment and medical devices Equipement et appareils médicaux | | | | | | |
| Funcionamiento Operation Fonctionnement | | | | | | |
| Medicamentos Medicines Médicaments | | | | | | |
| Otras áreas inspeccionadas Other areas inspected Autres secteurs inspectés | | | | | | |

Si algo no procede en alguna de las áreas enumeradas, escriba n/p.

Indicate when the areas listed are not applicable by marking N/A.

Lorsque des secteurs figurant sur cette liste ne sont pas concernés, indiquez « sans objet ».

MODELO DE CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN O PROFILAXIS

Nº 000000

Certifíquese que [nombre], nacido(a) el, sexo, nacionalidad, documento nacional de identificación, si procede, cuya firma aparece a continuación

en la fecha indicada ha sido vacunado(a) o ha recibido tratamiento profiláctico contra:

(nombre de la enfermedad o dolencia)

de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional.

MODEL INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

This is to certify that [name], date of birth, sex, nationality, national identification document, if applicable, whose signature follows

has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:

(name of disease or condition)

in accordance with the International Health Regulations.

MODELE DE CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE CERTIFICAT ATTESTANT L'ADMINISTRATION D'UNE PROPHYLAXIE

Nous certifions que [nom]..... né(e) le, de sexe et de nationalité....., document d'identification national, le cas échéant..... dont la signature suit

a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre :

(nom de la maladie ou de l'affection)

conformément au Règlement sanitaire international

| Vacuna o profilaxis | Fecha | Firma y título profesional del clínico supervisor. | Fabricante y número de lote de la vacuna o del producto profiláctico. | Validez del certificado desde hasta | Sello oficial del centro administrador |
|---------------------------------------|--------------|--|--|--|---|
| Vaccine or prophylaxis | Date | Signature and professional status of supervising clinician. | Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis. | Certificate valid from until | Official stamp of administering center |
| Vaccin ou agent prophylactique | Date | Signature et titre du clinicien responsable | Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot | Certificat valable à partir du : jusqu'au : | Cachet officiel du centre habilité |
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

El presente certificado sólo será válido si la vacuna o el tratamiento profiláctico administrado ha sido aprobado por la Organización Mundial de la Salud.

This certificate is valid only if the vaccine or prophylaxis used has been approved by the World Health Organization.

Ce certificat n'est valable que si le vaccin ou l'agent prophylactique utilisé a été approuvé par l'Organisation mondiale de la Santé.

El presente certificado deberá ir firmado de su puño y letra por el clínico, que habrá de ser el médico o el agente de salud autorizado que haya supervisado la administración de la vacuna o el tratamiento profiláctico. El certificado ha de llevar también el sello oficial del centro administrador; sin embargo, el sello oficial no podrá aceptarse en sustitución de la firma.

This certificate must be signed in the hand of the clinician, who shall be a medical practitioner or other authorized health worker, supervising the administration of the vaccine or prophylaxis. The certificate must also bear the official stamp of the administering centre; however, this shall not be an accepted substitute for the signature.

Ce certificat doit être signé de la main du clinicien – médecin ou autre agent de santé agréé – qui supervise l'administration du vaccin ou de l'agent prophylactique ; il doit aussi porter le cachet officiel du centre habilité qui ne peut, toutefois, être considéré comme tenant lieu de signature.

Las enmiendas, tachaduras o borrados y la omisión de cualquiera de los datos requeridos podrán acarrear la invalidez del presente certificado.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.

Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des informations demandées peut entraîner sa nullité.

La validez del presente certificado se extenderá hasta la fecha indicada para la vacunación o el tratamiento profiláctico de que se trate. El certificado deberá ser completado íntegramente en inglés o en francés. También se podrá completar, en el mismo documento, en otro idioma además de uno de los dos citados.

The validity of this certificate shall extend until the date indicated for the particular vaccination or prophylaxis. The certificate shall be fully completed in English or in French. The certificate may also be completed in another language on the same document, in addition to either English or French.

Ce certificat est valable jusqu'à la date indiquée pour le vaccin ou l'agent prophylactique administré. Il doit être établi intégralement en anglais ou en français. Le même certificat peut aussi être établi dans une autre langue, en plus de l'anglais ou du français.



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Nº 000000

SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
AUTORIDAD SANITARIA DE

MODELO DE DECLARACIÓN MARÍTIMA DE SANIDAD

Debe ser completada y presentada a las autoridades competentes por los capitanes de las embarcaciones procedentes de puertos extranjeros. Presentada en el puerto de..... Fecha.....

Nombre de la embarcación de navegación marítima o interior..... Matrícula /Nº OMI

Procedencia..... Destino.....

(Nacionalidad)(Pabellón de la embarcación) Nombre y apellido del capitán..... Tonelaje bruto (embarcaciones de navegación marítima)

Tonelaje (embarcaciones de navegación interior)

¿Lleva a bordo certificado válido de exención del control de sanidad o de control de sanidad? Sí... No... Expedido en..... Fecha.....

¿Se requiere reinspección? Sí..... No.....

¿Ha tocado la embarcación una zona que la OMS haya declarado afectada? Sí..... No..... Puerto y fecha de la visita.

Enumere los puertos de escala desde el comienzo de la travesía internacional, o en los treinta últimos días si este periodo fuera más corto, con indicación de las fechas de salida:

..... Cuando lo solicite la autoridad competente del puerto de llegada, enumere los tripulantes, pasajeros u otras personas que se hayan embarcado desde el comienzo de la travesía internacional, o en los treinta últimos días si este periodo fuera más corto, indicando todos los puertos/países visitados en ese periodo (en caso necesario, añada nuevas anotaciones a las planillas adjuntas):

- 1) Nombre..... embarcado desde: 1).....2).....3).....
- 2) Nombre..... embarcado desde: 1).....2).....3).....
- 3) Nombre..... embarcado desde: 1).....2).....3).....

Número de tripulantes a bordo

Número de pasajeros a bordo.....

MODEL OF MARITIME DECLARATION OF HEALTH

To be completed and submitted to the competent authorities by the masters of ships arriving from foreign ports.

Submitted at the port of..... Date.....

Name of ship or inland navigation vessel..... Registration/IMO No..... arriving from sailing to

(Nationality)(Flag of vessel)..... Master's name Gross tonnage (ship).....

Tonnage (inland navigation vessel).....

Valid Sanitation Control Exemption/Control Certificate carried on board? yes..... no..... Issued at..... date..... Re-inspection required? yes..... no.....

Has ship/vessel visited an affected area identified by the World Health Organization? yes..... no..... Port and date of visit

List ports of call from commencement of voyage with dates of departure, or within past thirty days, whichever is shorter:

..... Upon request of the competent authority at the port of arrival, list crew members, passengers or other persons who have joined ship/vessel since international voyage began or within past thirty days, whichever is shorter, including all ports/countries visited in this period (add additional names to the attached schedule):

- (1) Namejoined from: (1).....(2).....(3).....
- (2) Namejoined from: (1).....(2).....(3).....
- (3) Namejoined from: (1).....(2).....(3).....

Number of crew members on board.....

Number of passengers on board.....

MODELE DE DECLARATION MARITIME DE SANTE

A remplir par les capitaines des navires en provenance de ports étrangers et à présenter aux autorités compétentes.

Présentée au port de Date
Nom du navire ou du bateau de navigation intérieure Numéro d'immatriculation/OMI..... en provenance de
..... à destination de
(Nationalité) (Pavillon du navire) Nom du capitaine Jauge brute (navire).....
Jauge (bateau de navigation intérieure)
Certificat valable de contrôle/d'exemption de contrôle sanitaire à bord ? oui non Délivré à Date

Nouvelle inspection requise ? oui non
Le navire/bateau s'est-il rendu dans une zone affectée telle que définie par l'OMS ? oui non Nom du port et date de la visite

Liste des escales depuis le début du voyage (avec indication des dates de départ) ou au cours des 30 derniers jours, à moins que le voyage n'ait duré moins de 30 jours :
..... Si l'autorité compétente du port d'arrivée en fait la demande, liste
des membres de l'équipage, passagers ou autres personnes qui ont embarqué sur le navire/bateau depuis le début du voyage international ou au cours des 30 derniers jours, à
moins que le voyage n'ait duré moins de 30 jours, et nom de tous les ports/pays visités au cours de cette période (ajouter les noms dans le tableau ci-après) :

- | | | | |
|--------------|-----------------------|----------|----------|
| 1) Nom | embarqué à : 1) | 2) | 3) |
| 2) Nom | embarqué à : 1) | 2) | 3) |
| 3) Nom | embarqué à : 1) | 2) | 3) |

Effectif de l'équipage
Nombre de passagers à bord



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA
AUTORIDAD SANITARIA DE

Nº 000000

Cuestionario de Sanidad
Health questions
Questions de santé

- 1) ¿Ha fallecido a bordo durante la travesía alguna persona por causas distintas de un accidente? Sí.....No.....
En caso afirmativo, consigne los detalles en la planilla adjunta. N° total de defunciones
- 1) Has any person died on board during the voyage otherwise than as a result of accident? Yes....No.....
If yes, state particulars in attached schedule. Total no. of deaths
- 1) Y a-t-il eu un décès à bord au cours du voyage, autrement que par accident ? Oui.....Non.....
Si oui, donner les détails dans le tableau ci-après. Nombre total de décès.....

- 2) ¿Existe a bordo o se ha producido durante la travesía internacional algún presunto caso de enfermedad infecciosa? Si..... No.....
En caso afirmativo, consigne los detalles en la planilla adjunta.
- 2) Is there on board or has there been during the international voyage any case of disease which you suspect to be of an infectious nature? Yes..... No.....
If yes, state particulars in attached schedule.
- 2) Y a-t-il à bord, ou y a-t-il eu au cours du voyage international, des cas suspects de maladie de caractère infectieux ? Oui Non Si oui, donner les détails dans le tableau ci-après.

- 3) Ha sido mayor de lo normal/previsto el número total de pasajeros enfermos durante la travesía? Sí..... No.....
¿Cuál es el número de personas enfermas?
- Has the total number of ill passengers during the voyage been greater than normal/expected? Yes..... No..... How many ill persons?
- 3) Le nombre total de passagers malades au cours du voyage a-t-il été supérieur à la normale/au nombre escompté ?
Oui Non Quel a été le nombre de malades ?.....

- 4) ¿Hay a bordo algún enfermo en el momento actual? Si.....No.....
En caso afirmativo, consigne los detalles en la planilla adjunta.
- 4) Is there any ill person on board now? Yes..... No.....
If yes, state particulars in attached schedule.
- 4) Y a-t-il actuellement des malades à bord ? OuiNon
Si oui, donner les détails dans le tableau ci-après.

- 5) ¿Se consultó a un médico? Sí... No... En caso afirmativo, consigne los detalles del dictamen médico en la planilla adjunta
- 5) Was a medical practitioner consulted? Yes..... No.....If yes, state particulars of medical treatment or advice provided in attached schedule.
- 5) Un médecin a-t-il été consulté ? Oui Non Si oui, donner les détails du traitement ou des avis médicaux dans le tableau ci-après.

- 6) ¿Tiene usted conocimiento de alguna otra condición existente a bordo que pueda dar lugar a una infección o a la propagación de una enfermedad? Sí... No...
En caso afirmativo, consigne los detalles en la planilla adjunta
- 6) Are you aware of any condition on board which may lead to infection or spread of disease? Yes..... No..... If yes, state particulars in attached schedule.
- 6) Avez-vous connaissance de l'existence à bord d'une affection susceptible d'être à l'origine d'une infection ou de la propagation d'une maladie ? Oui Non Si oui, donner les détails dans le tableau ci-après.

- 7) ¿Se ha adoptado a bordo alguna medida sanitaria (por ejemplo, cuarentena, aislamiento, desinfección o descontaminación)? Sí.....No.....
En caso afirmativo, especifique el tipo,.....el lugar..... y la fecha.....
- 7) Has any sanitary measure (e.g. quarantine, isolation, disinfection or decontamination) been applied on board? Yes No.....
If yes, specify type,..... Place..... and date.....
- 7) Des mesures sanitaires quelconques (quarantaine, isolement, désinfection ou décontamination, par ex.) ont-elles été prises à bord ?
Oui Non

Si oui, préciser lesquelles,..... le lieu..... et la date.....

- 8) ¿Se han encontrado polizones a bordo? Sí.....No.....
En caso afirmativo, ¿dónde embarcaron (si se tiene esa información)?
- 8) Have any stowaways been found on board? Yes No.....
If yes, where did they join the ship (if known)?
- 8) Des passagers clandestins ont-ils été découverts à bord ? Oui Non
Si oui, où sont-ils montés à bord (à votre connaissance)
- 9) Se ha encontrado algún animal/animal de compañía enfermo a bordo? Si.....No.....
- 9) Is there a sick animal or pet on board? Yes No.....
- 9) Y a-t-il un animal/animal de compagnie malade à bord ? Oui Non

Nota: En ausencia de un médico, el capitán deberá considerar que los siguientes síntomas son base suficiente para sospechar de la presencia de una enfermedad infecciosa:

Note: In the absence of a surgeon, the master should regard the following symptoms as grounds for suspecting the existence of a disease of an infectious nature:

Note : En l'absence d'un médecin, le capitaine doit considérer les symptômes suivants comme des signes faisant présumer l'existence d'une maladie de caractère infectieux :

- a) Fiebre, persistente durante varios días o acompañada de *i)* postración; *ii)* disminución del nivel de conciencia; *iii)* inflamación ganglionar;*iv)* ictericia; *v)* tos o disnea; *vi)* hemorragia inusitada o *vii)* parálisis;
- a) fever, persisting for several days or accompanied by (i) prostration; (ii) decreased consciousness; (iii) glandular swelling; (iv) jaundice; (v) cough or shortness of breath; (vi) unusual bleeding; or (vii) paralysis.
- a) fièvre, persistant plusieurs jours, accompagnée de : i) prostration ; ii) diminution de la conscience ; iii) hypertrophie ganglionnaire ; iv) ictère ; v) toux ou difficultés respiratoires ; vi) saignements inhabituels ; ou vii) paralysie.
- b) con o sin fiebre: *i)* cualquier erupción cutánea o sarpullido agudos; *ii)* vómitos intensos (no debidos a mareo); *iii)* diarrea intensa; o *iv)* convulsiones recurrentes.
- b) with or without fever: (i) any acute skin rash or eruption; (ii) severe vomiting (other than sea sickness); (iii) severe diarrhoea; or (iv) recurrent convulsions.
- b) fièvre, ou absence de fièvre, accompagnée de : i) érythème ou éruption cutanée aigus ; ii) forts vomissements (non provoqués par le mal de mer) ; iii) diarrhée sévère ; ou iv) convulsions récurrentes.

Los datos y respuestas que se consignan en la presente Declaración de Sanidad y en la planilla adjunta son, según mi leal saber y entender, exactos y conformes a la verdad. I hereby declare that the particulars and answers to the questions given in this Declaration of Health (including the schedule) are true and correct to the best of my knowledge and belief.

Je déclare que les renseignements et réponses figurant dans la présente déclaration de santé (y compris le tableau) sont, à ma connaissance, exacts et conformes à la vérité.

Firmado

Capitán

Refrendado.....

Médico de a bordo (si lo hubiere)

Fecha.....

Signed

Master

Countersigned

Ship's Surgeon (if carried)

Date.....

Signé.....

Capitaine

Contresigné.....

Médecin de bord (s'il y a lieu)

Date.....



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
AUTORIDAD SANITARIA DE

Nº 000000

PLANILLA ADJUNTA AL MODELO DE DECLARACIÓN MARÍTIMA DE SANIDAD
ATTACHMENT TO MODEL OF MARITIME DECLARATION OF HEALTH
PIECE JOINTE AU MODELE DE DECLARATION MARITIME DE SANTE

| Nombre Name Nom | Clase o grado Class or rating Clase ou fonctions à bord | Edad Age Age | Sexo Sex Sexe | Nacionalidad Nationality Nationalité | Puerto y fecha de embarque Port, date joined ship/vessel Port et dated'embarquement | Naturaleza de la enfermedad Nature of illness Nature de la maladie | Fecha de aparición de los síntomas Date of onset of symptoms Date d'apparition des symptômes | ¿Notificada a un médico de puerto? Reported to a port medical officer? Signalée au médecin du port ? | Resolución del caso Disposal of case* Issue* | Medicamentos administrados al paciente Drugs, medicines or other treatment given to patient Médicaments ou autres traitements administrés au patient | Observaciones Comments Observations |
|-----------------------|---|--------------------|---------------------|--|---|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | | | | | | | |

*Indique: 1) si el paciente ha recobrado la salud, si todavía sigue enfermo, o si ha fallecido; y 2) si el paciente sigue a bordo, si fue evacuado (dése el nombre del puerto o aeropuerto), o si ha recibido sepultura en alta mar.

*State: (1) whether the person recovered, is still ill or died; and (2) whether the person is still on board, was evacuated (including the name of the port or airport), or was buried at sea.

* Indiquer : 1) si la personne s'est rétablie, si elle est encore malade ou si elle est décédée ; et 2) si la personne est encore à bord, si elle a été évacuée (donner le nom du port ou de l'aéroport), ou si son corps a été immergé.



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
AUTORIDAD SANITARIA DE

Nº 000000

**ESTE DOCUMENTO FORMA PARTE DE LA DECLARACIÓN GENERAL DE AERONAVE DECRETADA POR LA ORGANIZACIÓN
DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL¹**

PARTE SANITARIA DE LA DECLARACIÓN GENERAL DE AERONAVE

THIS DOCUMENT IS PART OF THE AIRCRAFT GENERAL DECLARATION, PROMULGATED BY THE INTERNATIONAL CIVIL AVIATION ORGANIZATION¹

HEALTH PART OF THE AIRCRAFT GENERAL DECLARATION

**CE DOCUMENT FAIT PARTIE DE LA DECLARATION GENERALE D'AERONEF PROMULGUEE PAR
L'ORGANISATION DE L'AVIATION CIVILE INTERNATIONALE¹**

PARTIE RELATIVE AUX QUESTIONS SANITAIRES DE LA DECLARATION GENERALE D'AERONEF

Declaración de sanidad

Declaration of Health

Déclaration de santé

Personas a bordo que tienen una enfermedad distinta de los efectos del mareo o de las consecuencias de un accidente (incluso las que presenten síntomas o signos patológicos como erupciones, fiebre, escalofríos o diarrea) y enfermos desembarcados durante el viaje.....

.....

Persons on board with illnesses other than airsickness or the effects of accidents (including persons with symptoms or signs of illness such as rash, fever, chills, diarrhoea) as well as those cases of illness disembarked during the flight

.....

Cas de maladie, à l'exclusion du mal de l'air ou des accidents (y compris les personnes présentant des symptômes ou signes tels qu'éruption, fièvre, frissons, diarrhée), constatés à bord ou débarqués au cours du voyage

.....
Cualquier otra circunstancia a bordo que pueda provocar la propagación de una enfermedad

.....
Any other condition on board which may lead to the spread of disease

.....
Présence à bord d'autres affections susceptibles d'être à l'origine de la propagation d'une maladie

.....
Detalles de todas las desinsectaciones o tratamientos sanitarios efectuados durante el viaje (lugar, fecha, hora y método). Si no se ha efectuado ninguna desinsectación durante el viaje, consígnense los detalles de la desinsectación más reciente

.....
..... Details of each disinsecting or sanitary treatment (place, date, time, method) during the flight. If no disinsecting has been carried out during the flight, give details of most recent disinsecting

.....
.....
Détails se rapportant à chaque désinsectisation ou autre mesure d'hygiène (lieu, date, heure, méthode) pratiquée en cours de vol. S'il n'y a pas eu de désinsectisation en cours de vol, donner des précisions sur la désinsectisation la plus récente

.....
Firma, si se exige

Miembro de la tripulación

(Octava sesión plenaria, 23 de mayo de 2005 - Comisión A, tercer informe)

Signature, if required:

Crew member concerned

Signature (si nécessaire) :.....

Membre de l'équipage concerné

(Huitième séance plénière, 23 mai 2005 – Commission A, troisième rapport)

¹ Un grupo de trabajo oficioso que se reunió durante la segunda reunión del Grupo de Trabajo Intergubernamental re- comendó introducir en el presente documento modificaciones que la OMS someterá a la consideración apropiada de la Orga- nización de Aviación Civil Internacional.

¹ An informal working group met during the second session of the Intergovernmental Working Group and recommended changes to this document which WHO will transmit to the International Civil Aviation Organization for appropriate consideration.

¹ Un groupe de travail informel s'est réuni pendant la deuxième session du groupe de travail intergouvernemental et a recommandé des changements à apporter au présent document que l'OMS communiquera à l'Organisation de l'Aviation civile internationale pour suite à donner.