



International
Civil Aviation
Organization

Organisation
de l'aviation civile
internationale

Organización
de Aviación Civil
Internacional

Международная
организация
гражданской
авиации

منظمة الطيران
المدني الدولي

国际民用
航空组织

Ref.: LT2/4.45 - SA399

Lima, 29 de setiembre de 2017

Para: Ing. Juan Pedro Irigoien, Administrador Nacional, ANAC, Argentina
Dr. Hernán Gómez, Director Nacional de Transporte Aéreo, ANAC, Argentina
Cmdte. Erick Eduardo Vargas Campero, Director Ejecutivo a.i., DGAC, Estado Plurinacional de Bolivia
Sr. José Ricardo Pataro Botelho, Director-Presidente, ANAC, Brasil
Ten. Brig. do Ar Jeferson Domingues de Freitas, Director General, DECEA y Presidente, CERNAI, Brasil
General de Brigada Aérea (A) Víctor O. Villalobos, Director General, DGAC, Chile
Dr. Alfredo Bocanegra Varón, Director General, UAEAC, Colombia
Ing. Luis Carrera Muriel, Director General de Aviación Civil, Ecuador
Ing. Alfredo Fonseca Mora, Director General, AAC, República de Panamá
Sr. Luis Manuel Aguirre, Presidente, DINAC, Paraguay
Dr. Juan Carlos Pavic Moreno, Director General, DGAC, Perú
Brig. Gral. (Av.) Antonio Alarcón, Director Nacional, DINACIA, Uruguay
Cap. Jorge Luis Montenegro Carrillo, Presidente, INAC, República Bolivariana de Venezuela

Asunto: Reprogramación de la Reunión/Taller NAM/CAR/SAM de Implementación de la Vigilancia Dependiente Automática – Radiodifusión (ADS-B) (ADS-B/IMP)
Lima, Perú, 13 al 16 de noviembre del 2017

Tramitación

Requerida:

- 1) Tomar nota del cambio de sede/fecha de la Reunión/Taller.
- 2) Registrar participantes a más tardar el **30 de octubre del 2017**
- 3) Enviar formularios de nominación de beca a más tardar el **13 de octubre de 2017**
- 4) Completar la información de la infraestructura de vigilancia de sus Estados a más tardar el **13 de octubre de 2017**

Distinguido Señor:

Hago referencia a la invitación SA279 de fecha 23 de junio de 2017 y a la notificación SA392 del 20 de setiembre de 2017. Tengo el honor de dirigirme a usted para informarle que debido al terremoto que ocurrió el día 19 de septiembre de 2017 en la Ciudad de México, México, y pensando en la seguridad de los participantes se decidió posponer la Reunión/Taller NAM/CAR/SAM de Implementación de la Vigilancia Dependiente Automática – Radiodifusión (ADS-B) (ADS-B/IMP).

La Oficina NACC coordinó con la Oficina Regional SAM de la OACI y se decidió reprogramar dicha reunión del 13 al 16 de noviembre de 2017 a realizarse ahora en Lima, Perú.

El Orden del Día para la Reunión/Taller se presenta en el **Adjunto A**. Se solicita a los Estados confirmar nuevamente la asistencia del personal que previamente se había registrado en el evento a más tardar el **30 de octubre del 2017** llenando la forma de registro en el **Adjunto B**.

A los Estados que aún no lo hayan hecho, se les solicita completar la información de la infraestructura de vigilancia de sus Estados en el **Adjunto C**, la cual servirá de base para las actividades de la Reunión/Taller, y enviarla a esta Oficina Regional a más tardar el **13 de octubre de 2017**.

Los Estados que desean asistir a este evento, podrían hacer uso de las siguientes alternativas de financiamiento:

- a) becas del Proyecto Regional RLA/06/901, disponiéndose de una para cada Estado miembro de este Proyecto, debiendo la Administración interesada proveer los pasajes de ida y vuelta;
- b) becas de un proyecto nacional de cooperación técnica de la OACI aprobado para su país; o
- c) recursos propios de su Administración, en caso de no contar con ninguna de las posibilidades anteriores.

Para los participantes que requieran una beca del Proyecto Regional RLA/06/901, se incluye el Formulario de Candidatura para una Beca de la OACI (**Adjunto D**), el cual deberá ser completado y remitido a esta Oficina a más tardar el **13 de octubre de 2017**.

Los idiomas de trabajo del evento serán inglés y español, y se proporcionará interpretación simultánea si se registran a tiempo suficientes participantes de ambos idiomas.

La información general de la Oficina Regional SAM de la OACI se puede encontrar en su página web https://www.icao.int/SAM/Pages/ES/GeneralInformation_ES.aspx y los hoteles en https://www.icao.int/SAM/Pages/ES/Hotels_ES.aspx. Los participantes deberán realizar sus reservaciones directamente con los hoteles de manera oportuna.

Para información adicional, por favor contactar al señor Onofrio Smarrelli (osmarrelli@icao.int), Oficial Regional CNS y/o a la señora Mariel Rodríguez Patrón (mrodriguezp@icao.int), Asistente CNS SAM.

Acepte, distinguido señor, los sentimientos de mi mayor consideración y estima.



Oscar Quesada-Carboni
Director Regional Interino
Oficina Sudamericana de la OACI
Lima

Adjuntos: Apéndice A: Agenda

Apéndice B: Formulario de Registro

Apéndice C: Tabla para información de vigilancia

Apéndice D: Formulario de candidatura de Beca (para Estados miembros RLA/06/901)

cc: Lic. Martín A. Rodríguez, Jefe de Gabinete ANAC, Argentina
Dr. Ignacio Abel Palacios, Director Nacional, Dir. Nac. de Control de Tránsito Aéreo Argentina
Dr. Hernán Gómez, Director Nacional de Transporte Aéreo, ANAC, Argentina
Sr. Agustín Rodríguez Grellet, Presidente y Gerente General, EANA, Argentina
Sr. Carlos Rubén Fernández, Jefe de la Unidad de Planificación y Control de Gestión, ANAC, Argentina
Sr. Daniel Longo, Jefe de Asesoría Internacional, ANAC, Brasil
Cel. Av R1 Ronaldo Ney Telles Belchior Oliveira, Secretario Ejecutivo de la CERNAI, Brasil
Sr. Luis Rossi, Encargado Sección RAI, DGAC, Chile
Cr. Edgar Francisco Sánchez Canosa, Subdirector General, UAEAC, Colombia
Dra. Jury Paola Ortiz Cárdenas, Coordinadora Grupo Gestión de Estándares Intl., UAEAC, Colombia
Ing. Benjamín Garcés Maldonado, Subdirector General de Aviación Civil, Ecuador
Ing. Alfredo Broce, Unidad de Cooperación Técnica, AAC, Panamá
Cap. Roberto Motta III, Coordinador Nacional OACI, AAC, Panamá
Sr. Walter Amaro, Coordinador Internacional Proyecto PAR/08/801
Lic. Luciana Cairét, Dirección de Relaciones Internacionales, DINAC, Paraguay
Dr. Luis Nuñez Vidal, Coordinador Principal, DGAC, Perú
Sr. Fernando Torres, Coordinador Suplente, DGAC, Perú
Sr. Dhenis Cabrera Garrido, Gerente General (e), CORPAC S.A., Perú
Lic. Marisela Estrada La Riva, Vicepresidenta del INAC y encargada de la Oficina de Relaciones Internacionales, República Bolivariana de Venezuela
Lic. Daniela Caraballo Avellaneda, Gerente de Relaciones con la OACI, INAC, República Bolivariana de Venezuela
Oficina Regional NACC de la OACI

ADJUNTO A

REUNIÓN/TALLER NAM/CAR/SAM DE IMPLEMENTACIÓN DE LA VIGILANCIA DEPENDIENTE AUTOMÁTICA – RADIODIFUSIÓN (ADS-B) (ADS-B/IMP)

(Lima, Perú, 13 al 16 de noviembre del 2017)

ORDEN DEL DÍA PROVISIONAL

Lunes 13 de noviembre

Cuestión 1

del Orden del Día: Revisión y Aprobación del Orden del Día Provisional y Horario

Cuestión 2

del Orden del Día: 2.1 Normativas de la OACI, Documentación y Planes Mundiales y Regionales Para la Implementación del ADS-B

2.2 Revisión del Concepto Operacional (CONOPS) ADS-B Regional

Cuestión 3

del Orden del Día: Estado del Equipamiento a Bordo ADS-B y Desarrollo Futuro y Experiencia en el Uso de los Sistemas ADS-B en la Región

Martes 14 de noviembre

Cuestión 4

del Orden del Día: Estado de la Flota de Aeronaves de la Región, Sistemas de Procesamiento e integración de datos ADS-B

Cuestión 5

del Orden del Día: Revisión y Actualización de Actividades ADS-B por Parte de los Estados de las Regiones NAM/CAR/SAM

Miércoles 15 de noviembre

Cuestión 6

del Orden del Día Revisión de los Programas Regionales e Interregional para Compartir Datos de Vigilancia

Cuestión 7

del Orden del Día: Integración del Plan de Trabajo Regional

Cuestión 8

del Orden del Día : Otros Asuntos

Jueves 16 de noviembre:

Cuestión 9

del Orden del Día: 9.1 Exposición del Plan Regional

9.2 Acuerdos, Conclusiones y Recomendaciones



ADJUNTO B / ATTACHMENT B

ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL
INTERNATIONAL CIVIL AVIATION ORGANIZATION

Reunión/Taller de Implementación de la Vigilancia Dependiente Automática – Radiodifusión (ADS-B)
(ADS-B/IMP)

Automatic Dependent Surveillance – Broadcast (ADS-B) Implementation Meeting/Workshop

Lima, Perú, 13-16 de noviembre de 2017 / Lima, Peru, 13–16 November 2017

FORMULARIO DE REGISTRO / REGISTRATION FORM

1. Estado/*State*:
Organismo/*Organization*: _____

2. Nombre/*Name*: _____

3. Cargo/*Position*: _____

4. Participa como / *Participates as*:

Miembro/ Alternativo/ Delegado/ Observador Ponente/ Instructor/ Alumno/
Member Deputy Delegate Observer Lecturer Instructor Student

5. Dirección oficial /
Business address: _____

6. Tel.: _____ E-mail: _____

7. Hotel o dirección en
la ciudad/ *Hotel or*
local address: _____

8. Información de vuelo/ *Flight information*: Vuelo llegada/ fecha/ hora/
Arrival flight/ date/ hour: _____

Vuelo salida/ fecha/ hora/
Departure flight/ date/ hour: _____

Firma/
Signature: _____ Fecha/
Date: _____

Please return this form to: / Por favor envíe este formulario a: E-mail: icaosam@icao.int



**ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL
DIRECCIÓN DE COOPERACIÓN TÉCNICA**

GUÍA PARA LLENAR EL FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA

(El originador debe desechar esta hoja antes de enviar el formulario adjunto de candidatura para una beca a la oficina regional o local del PNUD, para que lo transmita a la OACI)

Es de interés para los Gobiernos asegurarse que el formulario de candidatura adjunto se llene completamente respecto a cada candidato, *en un original y dos copias*. Todo formulario de candidatura debe presentarse al Representante Residente local del PNUD, quien enviará tres copias al correspondiente Representante Regional de la OACI. Los formularios de candidatura debieran recibirse en la Oficina Regional de la OACI por lo menos *dos meses* antes de la fecha de inicio de los cursos propuestos.

PARTE I – CANDIDATURA PRESENTADA POR EL GOBIERNO

Sírvase notar lo siguiente:

En el *párrafo 1* debe indicarse el campo de formación profesional *principal*, tal como se especifica en la SECCIÓN I – LISTA DE CURSOS DE INSTRUCCIÓN de la GUÍA DE LA OACI SOBRE INSTRUCCIÓN.

En el *párrafo 2* deben darse detalles específicos de los países y centros de instrucción donde se ofrecen los cursos, así como de los cursos mismos. Por ejemplo, se debe decir: Control de tránsito aéreo – control de aproximación y de aeródromo, procedimientos; Mantenimiento de aeronaves – célula y sistemas motopropulsores del Boeing 737, en lugar de frases de carácter general tales como ATC, mantenimiento de aeronaves, etc.

En el *párrafo 4* deben expresarse en forma concisa y exacta los objetivos perseguidos con la beca.

PARTE II – ANTECEDENTES DEL CANDIDATO

Los datos sobre la instrucción técnica y/o especializada recibida son indispensables para la formulación del programa de la beca para indicar qué cursos preliminares/básicos o avanzados habría que agregar/eliminar para lograr los mejores resultados. Los datos sobre empleo constituyen asimismo un elemento esencial para la formulación del programa, dado que ayudan a determinar el tipo y el nivel de la instrucción solicitada.

PARTE III – EXAMEN DE IDIOMAS

A menos que el candidato haya recibido su educación, especialmente media y/o preuniversitaria, en el idioma en que se dicta el curso en el país propuesto, es fundamental que pase con éxito un examen previo del idioma de que se trate, en una escuela de idiomas acreditada o ante la Embajada/Consulado local del país que ofrece el curso, para garantizar que el candidato comprenda, lea, escriba y sepa expresarse en el idioma en cuestión con suficiente fluidez para poder recibir instrucción en ese idioma.

ADJUNTO D

PARTE IV-A y PARTE IV-B – INFORMES MÉDICOS

Es fundamental que el candidato goce de buena salud y que no tenga enfermedad alguna que pueda requerir más reconocimientos y/o tratamientos médicos durante el período de la beca. La OACI y el PNUD no sufragarán ningún gasto médico en el que haya incurrido un becario a causa de enfermedades que hubiera contraído con anterioridad a la fecha de iniciación de la beca. Dichos gastos debe sufragarlos el becario y/o su Gobierno. Todo candidato a una beca debe ser reconocido por un médico recomendado por la Oficina local del PNUD. Si los miembros de la tripulación de vuelo y controladores de tránsito aéreo van a seguir algún curso para conseguir una licencia, deben someterse a un reconocimiento médico completo (Parte IV-B) tal como prevé el Párrafo 6.6, Capítulo 6 del Anexo 1 de la OACI. Todos los demás candidatos deben someterse a un reconocimiento físico general, incluyendo una radiografía del tórax (Parte IV-A).



**ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL
FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA**

NOTA: Es necesario llenar cada una de las partes del formulario a máquina o con letras de imprenta. Una vez debidamente llenado se enviará a la OACI por triplicado, por intermedio de la oficina del Representante Residente del PNUD en el país interesado, con dos meses de anticipación, como mínimo, a la fecha de inicio del programa propuesto. El Representante Residente lo enviará, a su vez, por triplicado al correspondiente Representante Regional de la OACI.

PARTE I – CANDIDATURA PRESENTADA POR EL GOBIERNO

El Gobierno de _____

1. Presenta la candidatura del/de la: Sr./Sra./Srta.* _____
(apellidos) (nombres)

para recibir una beca de la OACI en la esfera de _____
(Identifíquese el campo de formación profesional principal de acuerdo con la Guía de la OACI sobre instrucción, Sección I - Lista de cursos de instrucción.)

2. Solicita la beca para el programa de instrucción siguiente:

(Enumérense por orden cronológico las distintas fases de instrucción o de estudio previstas especificando si el nivel es ab initio, avanzado, de repaso, de especialización adicional, gira de familiarización, instrucción en el empleo, etc. Si el espacio no es suficiente, adiciónese una hoja del mismo formato.)

País(es) donde se ofrece(n) el(los) curso(s)	Institución(es) docente(s) (empresas/organismos)	Cursos específicos	Período		Duración (en semanas)
			del	al	

Duración total _____

NOTA: El programa final de la beca será preparado por la OACI en consulta con los países o instituciones donde se ofrezcan los cursos, según sea el caso. Dicho programa podrá diferir del solicitado en cuanto a los detalles, especialmente en lo que se refiere a la duración de la instrucción y a la selección de los países donde se ofrecen los cursos. Sin embargo, siempre que sea posible, la OACI respetará los objetivos del programa de instrucción solicitado.

*Táchese lo que no corresponda

**ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL
FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA**

PARTE I – Cont.

3. Solicita que la beca sea financiada en virtud del programa de cooperación técnica siguiente:
(Señálese la casilla correspondiente e insértese el número del proyecto)

- Programa nacional bajo el PNUD Proyecto Núm.: _____ Puesto Núm.: _____
- Programa regional del PNUD Proyecto Núm.: _____
- Programa interregional del PNUD Proyecto Núm.: _____
- Acuerdo de fondos en fideicomiso concertado con la OACI Proyecto Núm.: _____

4. Declara que los objetivos de esta beca son los siguientes:

5. Conviene en que con respecto al transporte de ida y vuelta del candidato al país o a los países donde se ofrezcan los cursos.

- Se hará cargo de los gastos.
- No se hará cargo de los gastos.

6. Certifica que:

- a) El candidato está obligado a regresar a su país al completar el programa de su beca, para ser asignado a desempeñar funciones en la aviación civil por un período mínimo de ____ años.
- b) La ausencia del candidato con motivo de la beca no influirá en forma desfavorable en la jerarquía, derechos, sueldo o antigüedad correspondiente a su empleo.
- c) Se han llenado debidamente todas las secciones de este formulario de candidatura y el candidato está capacitado para seguir el programa de instrucción propuesto.
- d) El candidato tendrá un pasaporte válido que no expire antes de la fecha de terminación de la beca.

Firma de la Autoridad de Aviación Civil

Fecha: _____

Nombre: _____
(escrito a máquina o con letras de imprenta)

Título: _____
(colóquese el sello o timbre oficial)

OBSERVACIONES DEL DIRECTOR DEL PROYECTO O JEFE DE LA MISIÓN DE LA OACI

Certifico que se han llenado debidamente todas las secciones de este formulario de candidatura y que el candidato está capacitado para seguir el programa de instrucción propuesto.

Fecha: _____

Firma

**ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL
FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA**

PARTE II - ANTECEDENTES DEL CANDIDATO

1. Nombre:	2. Estado civil:	3. Fecha de nacimiento:
------------	------------------	-------------------------

4. Domicilio (para la correspondencia):

Teléfono _____ Correo-e _____

5. Nombre y dirección de la persona a quien deberá notificarse en caso de emergencia (aparte de las autoridades estatales):

Teléfono _____ Correo-e _____

6. Idiomas que conoce:

a) Idioma materno _____

b) Idioma(s) utilizado(s) en sus estudios primarios y secundarios _____

c) Otro(s) idioma(s) del cual (de los cuales) el candidato tiene un conocimiento práctico _____

d) Idioma(s) que se utilizará(n) durante el programa propuesto para la beca _____

7. Estudios primarios y secundarios:

Nombre, ciudad y país de la institución	Período		Curso terminado y certificado obtenido
	del	al	

8. Instrucción superior y universitaria:

(Si ha terminado Ud. ciertos estudios con un diploma o título indique en la columna de "asignaturas cursadas" únicamente las principales. En caso contrario, indíquense todas las asignaturas estudiadas.)

Nombre de la escuela superior o universidad	Asignaturas cursadas	Período		Título o diploma obtenido
		del	al	

9. Instrucción técnica y de especialista:

(Procédase al igual que con el apartado 8. Enumere y precise toda instrucción anterior que haya recibido mediante becas de estudios o de ampliación de estudios de la OACI)

Nombre y lugar de la institución docente	Asignaturas cursadas	Período		Duración (semanas)	Diploma o certificado obtenido
		del	al		

**ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL
FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA**

PARTE II – Cont.

10. Empleos
(Indíquense los cargos ejercidos en los últimos cinco años, y/o los dos últimos cargos ejercidos)

Empleador (nombre de la empresa u organismo)	Último cargo ejercido	Período		Funciones
		del	al	

11. Declaración del candidato:

- i) No consideraré que la beca de la OACI me ha sido otorgada ni emprenderé ningún viaje hasta que reciba una notificación e instrucciones por escrito de la OACI al respecto.
- ii) En el caso de que se me otorgue la beca, por la presente me comprometo a:
 - a) comportarme en todo momento en forma compatible con mi condición de becario de la OACI;
 - b) dedicarme todo el tiempo, durante el período de la beca, a cumplir el programa de estudios en la forma que ordenen la OACI y el organismo correspondiente en el país de los estudios;
 - c) abstenerme de realizar actividades políticas, comerciales o de otra índole, perjudiciales para el país en el que estudie;
 - d) presentar los informes que me pida la OACI y cumplir todas las instrucciones que reciba de dicha Organización; y
 - e) regresar a mi país al término de los estudios previstos en la beca y emplear los nuevos conocimientos adquiridos en el fomento de la aviación civil en mi país.

Certifico que a mi leal saber y entender toda la información proporcionada es verdadera en todos los sentidos.

Fecha: _____

Firma del candidato

**ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL
FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA**

PARTE III – EXAMEN DE IDIOMAS

Nota: Se exige este examen solamente si el idioma que se empleará durante el programa propuesto para la beca es distinto del idioma materno del candidato o del que utilizó en las escuelas primaria y secundaria, en que adquirió su instrucción básica (véase PARTE II – Inciso 6). El examen debería efectuarse en una escuela de idiomas, en una universidad o en la institución que designe la OACI para satisfacer los requisitos del país invitante. A este respecto debería consultarse la oficina del Representante Residente del PNUD o de la misión de cooperación técnica de la OACI.

Nombre de la institución encargada de realizar el examen: _____

Nombre del candidato: Sr./Sra./Srta.*: _____

Idioma en el cual deberá pasar el examen: _____

RESULTADOS

(Señálese lo que corresponda)

1. Comprensión:

- a) Lo comprende sin dificultad cuando se le habla con rapidez normal.
- b) Lo comprende casi todo a rapidez normal, aunque a veces es necesario repetírselo.
- c) Lo comprende casi todo si se le habla lentamente y con buena dicción.
- d) Es necesario repetirle o traducirle palabras y frases.
- e) No comprende siquiera la conversación más elemental.

2. Expresión:

- a) Lo habla perfectamente, con precisión y se le entiende fácilmente.
- b) A veces comete errores que no dificultan, sin embargo, la comprensión.
- c) Se equivoca con frecuencia y a veces se expresa confusamente.
- d) Habla con tanta dificultad que es difícil entenderle.
- e) Comete errores tan importantes al hablar que es prácticamente imposible entenderle.

3. Lectura:

- a) Lee y entiende perfectamente.
- b) Lee lentamente, pero lo entiende casi todo.
- c) Lee con dificultad y tiene que consultar a menudo el diccionario.
- d) No entiende lo que lee.

4. Escritura:

- a) Escribe fácilmente y con precisión.
- b) Escribe con algunas faltas, pero se le puede entender.
- c) Escribe con dificultad y se equivoca con frecuencia.
- d) No sabe escribirlo.

CONCLUSIONES

¿Podría el candidato seguir un curso técnico en dicho idioma? Sí No

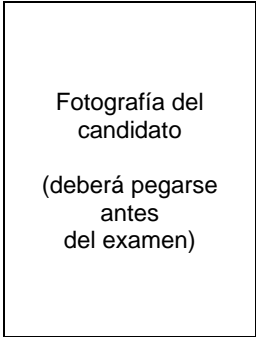
Fecha : _____

Firma del examinador

Nombre: _____
(a máquina o con letras de imprenta)

(colóquese el sello o timbre oficial)

*Táchese lo que no corresponda



**ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL
FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA**

PARTE IV - A – INFORME MÉDICO

Notas:

1. Los tripulantes y los controladores de tránsito aéreo que vayan a seguir cursos para conseguir alguna licencia de acuerdo con el Anexo 1, deben usar la Parte IV-B del formulario.
2. Todo candidato deberá someterse a un reconocimiento médico completo, con inclusión de análisis de laboratorio y radiografía del tórax, efectuado por un médico autorizado para el ejercicio de la profesión. No deberán enviarse los documentos médicos (análisis de laboratorio, resultados de la radiografía, etc.), a no ser que se pidan.

El que suscribe, Dr. _____ después de haber completado el examen clínico del/de la: Sr./Sra./Srta.* _____ cuya fotografía aparece en esta página, certifica lo siguiente:

(Señálese lo que corresponda)

El candidato:

1. ¿Está en condiciones físicas de viajar al extranjero? _____
2. ¿Está, física y mentalmente, en condiciones de realizar un estudio intensivo? _____
3. ¿Está libre de cualquier enfermedad contagiosa? _____
4. ¿Es bueno su oído? _____
5. ¿Es buena su vista? _____
6. ¿Está libre de enfermedades que requerirían tratamientos o reconocimientos médicos periódicos durante la duración propuesta del programa de la beca? _____

Sí	No

Otras observaciones del médico:

Fecha: _____

Firma del médico

Colóquese el sello o timbre oficial
(también sobre la fotografía)

*Táchese lo que no corresponda

**ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL
FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA**

PARTE IV - B – INFORME MÉDICO																																																																																			
PARA LOS MIEMBROS DE LA TRIPULACIÓN Y CONTROLADORES DE TRÁNSITO AÉREO QUE VAYAN A SEGUIR CURSOS PARA CONSEGUIR ALGUNA LICENCIA DE ACUERDO CON EL ANEXO 1 DE LA OACI																																																																																			
ESTA PÁGINA DEBERÁ LLENARLA EL CANDIDATO																																																																																			
Lugar y fecha del examen																																																																																			
Nombres y apellidos		Nacionalidad	Sexo	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>																																																																														
Fecha de nacimiento			Estado civil																																																																																
Trata de obtener una licencia: Inicial <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> De otro tipo:																																																																																			
ATCO <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>																																																																																			
¿Ha sido usted sometido anteriormente a reconocimiento médico para ejercer de tripulante o algún cargo de control de tránsito aéreo?				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																																																															
En caso afirmativo, ¿dónde y cuándo?				Fue declarado: Apto <input type="checkbox"/> No apto <input type="checkbox"/>																																																																															
¿Se le ha expedido a Ud. alguna vez una dispensa médica? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																																																																			
Horas de vuelo: Total		Últimos seis meses:																																																																																	
Tipo de aeronave en que presta actualmente sus servicios		Reactor <input type="checkbox"/>	De motor alternativo <input type="checkbox"/>	Helicóptero <input type="checkbox"/>																																																																															
¿Ha sufrido Ud. algún accidente de aviación?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, dé los detalles pertinentes en el apartado de "Observaciones".																																																																																
<p>ANTECEDENTES MÉDICOS ¿Ha experimentado alguna vez o experimenta actualmente, algunos de los casos siguientes?: (con respecto a las respuestas afirmativas, dense detalles en el apartado de Observaciones)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dolor de cabeza frecuente o fuerte</td> <td></td> <td></td> <td>Trastornos nerviosos de cualquier clase</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vértigo o desvanecimiento</td> <td></td> <td></td> <td>Consumo habitual de drogas o estupefacientes</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pérdida del conocimiento por cualquier causa</td> <td></td> <td></td> <td>Consumo excesivo de bebidas alcohólicas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Trastornos oculares que no hayan exigido el uso de gafas</td> <td></td> <td></td> <td>Intento de suicidio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fiebre del heno</td> <td></td> <td></td> <td>Mareo debido al movimiento</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Asma</td> <td></td> <td></td> <td>Rechazado para un seguro de vida</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Trastornos cardiacos</td> <td></td> <td></td> <td>Hospitalizado en los últimos dos años</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión arterial alta o baja</td> <td></td> <td></td> <td>Condenas por delitos automovilísticos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Problemas estomacales</td> <td></td> <td></td> <td>Condenas por otros conceptos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cálculos en el riñón o sangre en la orina</td> <td></td> <td></td> <td>Condiciones ginecológicas y obstétricas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Azúcar o albúmina en la orina</td> <td></td> <td></td> <td>Otras enfermedades</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Epilepsia o ataques</td> <td></td> <td></td> <td>¿Cree Ud. gozar de buena salud física y mental?</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							Sí	No		Sí	No	Dolor de cabeza frecuente o fuerte			Trastornos nerviosos de cualquier clase			Vértigo o desvanecimiento			Consumo habitual de drogas o estupefacientes			Pérdida del conocimiento por cualquier causa			Consumo excesivo de bebidas alcohólicas			Trastornos oculares que no hayan exigido el uso de gafas			Intento de suicidio			Fiebre del heno			Mareo debido al movimiento			Asma			Rechazado para un seguro de vida			Trastornos cardiacos			Hospitalizado en los últimos dos años			Presión arterial alta o baja			Condenas por delitos automovilísticos			Problemas estomacales			Condenas por otros conceptos			Cálculos en el riñón o sangre en la orina			Condiciones ginecológicas y obstétricas			Azúcar o albúmina en la orina			Otras enfermedades			Epilepsia o ataques			¿Cree Ud. gozar de buena salud física y mental?		
	Sí	No		Sí	No																																																																														
Dolor de cabeza frecuente o fuerte			Trastornos nerviosos de cualquier clase																																																																																
Vértigo o desvanecimiento			Consumo habitual de drogas o estupefacientes																																																																																
Pérdida del conocimiento por cualquier causa			Consumo excesivo de bebidas alcohólicas																																																																																
Trastornos oculares que no hayan exigido el uso de gafas			Intento de suicidio																																																																																
Fiebre del heno			Mareo debido al movimiento																																																																																
Asma			Rechazado para un seguro de vida																																																																																
Trastornos cardiacos			Hospitalizado en los últimos dos años																																																																																
Presión arterial alta o baja			Condenas por delitos automovilísticos																																																																																
Problemas estomacales			Condenas por otros conceptos																																																																																
Cálculos en el riñón o sangre en la orina			Condiciones ginecológicas y obstétricas																																																																																
Azúcar o albúmina en la orina			Otras enfermedades																																																																																
Epilepsia o ataques			¿Cree Ud. gozar de buena salud física y mental?																																																																																
¿Hay algún antecedente familiar de: Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> ?																																																																																			
OBSERVACIONES																																																																																			
DECLARACIÓN DEL CANDIDATO: Certifico que todo lo declarado y respondido en este formulario de reconocimiento constituye toda la verdad a mi leal saber y entender.																																																																																			
Firma del candidato: _____			Fecha: _____																																																																																

ADJUNTO D

**ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL
FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA**

PARTE IV - B - Cont.

Todo candidato deberá someterse a un reconocimiento médico completo, incluso análisis de laboratorio y radiografía del tórax, efectuado por un médico autorizado para el ejercicio de la profesión. No deberán enviarse documentos médicos (análisis de laboratorio, resultados de la radiografía, etc.) a no ser que se pidan. ESTA PÁGINA DEBERÁ LLENARLA EL MÉDICO QUE EFECTÚE EL RECONOCIMIENTO

Estatura		Peso		Complejión:		Delgado <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Lleno <input type="checkbox"/>	Obeso <input type="checkbox"/>	
				Normal	Anormal			Normal	Anormal	
Cabeza, cara, cuello y cuero cabelludo						Sistema vascular				
Nariz						Abdomen y vísceras (incluso hernia)				
Senos paranasales						Ano y recto (hemorroides, fístulas, próstata)				
Boca y garganta						Sistema endocrino				
Oídos en general (canales interno y externo)						Sistema gérito-urinario				
Tímpanos (perforación)						Extremidades superiores e inferiores (fuerza, amplitud de movimientos)				
Ojos en general						Columna vertebral y otras condiciones músculo-esqueléticas				
Examen oftalmoscópico						Señales corporales, cicatrices y tatuajes				
Pupilas (diámetro, igualdad y reacción)						Piel y sistema linfático				
Motilidad ocular (movimiento paralelo asociado, nistagmo)						Examen neurológico (reflejos tendinosos, sentido del equilibrio, coordinación, etc.)				
Pulmones y tórax (incluso los senos)						Examen siquiátrico (indíquese cualquier alteración de la personalidad)				
Corazón (impulso apical, ritmo, tonos)						Examen general de los sistemas				
Presión arterial	Sistólica	} sentado					Agudeza visual lejana:			
	Diastólica						Ojo derecho:	20/	Corregida a 20/	
Pulso sentado	Sistólica	} reclinado					Ojo izquierdo:	20/	Corregida a 20/	
	Diastólica						Ambos ojos:	20/	Corregida a 20/	
						Agudeza visual cercana		Valor de la tabla N:		
						Agudeza visual intermedia		Valor de la tabla N:		
Conversación		Murmullo		Audiometría				Normal	Anormal	
Oído				500	1000	2000	3000			
Oído derecho	pies	pies	Pérdida en dB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agudeza visual en color		
Oído izquierdo	pies	pies	Pérdida en dB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ANÁLISIS DE LABORATORIO										
Análisis de orina:		Azúcar		Albúmina		Análisis de sangre:		Hemoglobina		
		Análisis microscópico				Índice de heritrosedimentación				
ECG		<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Anormal		Radiografía del tórax		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		
Resumen (Anormalidades encontradas, observaciones y recomendaciones)										
El candidato está/no está * físicamente capacitado para las labores de tripulante/control de tránsito aéreo.*										
DECLARACIÓN DEL MÉDICO QUE HA EFECTUADO EL RECONOCIMIENTO										
Certifico que he reconocido personalmente al aspirante nombrado en el presente informe de reconocimiento médico y que dicho informe, junto con sus anexos, revelan fielmente los resultados del examen.										
Fecha y lugar del examen					Firma del médico de aviación que ha practicado el examen					
NOTA: El reconocimiento anterior ha sido practicado de acuerdo con las disposiciones detalladas del Capítulo 6 del Anexo 1 de la OACI – <i>Licencias al personal</i>										
*Táchese lo que no corresponda										