



International Civil Aviation Organization

South American Regional Office

Third Virtual Meeting of Civil Aviation General Directors of the South American Region on the Response to COVID-19

(Lima, Peru, 22 September 2020)

RV3/DGAC - WP/06

18/09/2020

Agenda Item 3: Feedback on the progress and challenges in the implementation of CART recommendations and exchange of experiences

PROPOSAL FOR THE UNIFICATION OF THE PUBLIC HEALTH PASSENGER LOCATOR FORM AND THE COVID-19 PASSENGER HEALTH SELF-DECLARATION FORM

(Presented by Venezuela)

SUMMARY

This working paper proposes the unification of the information required in different health control documents at national and international level, in order to facilitate the completion of these documents by passengers and to avoid the risk of possible outbreaks of disease transmission when handling these physical forms.

1. INTRODUCTION

1.1 In order to maintain adequate control of passengers in situations of possible contagious diseases that could be transmitted between States through air transport, the International Civil Aviation Organization (ICAO) introduced in Annex 9 – Facilitation, the recommended practice 8.15.1, which states that when a public health threat has been identified, and the health authorities of a contracting State require information on the travel itineraries of passengers and/or crew, or contact information in order to communicate with persons who may have been exposed to a communicable disease, the contracting State should accept the " Public Health Passenger Locator Form", shown in Appendix 13, as the only document to be used for that purpose.

1.2 Likewise, the Aviation Medicine Panel of the Regional Safety Oversight System (SRVSOP) developed the Health control protocol for the resumption of aeronautical operations in the context of COVID-19, including the Passenger Locator Form (PLF) described in Appendix 1 to that document and which contains, on the reverse side, the COVID-19 passenger health declaration, to be completed by passengers.

1.3 Subsequently, the ICAO Secretary General, through State Letter EC 6/3 - 20/90 of 1 September 2020, presented the COVID-19 passenger health self-declaration form, in collaboration with experts from the Collaborative Arrangement for the Prevention and Management of Public Health Events in Civil Aviation (CAPSCA) and industry stakeholders, to be used in addition to the Passenger Locator Form. States were requested to start collecting the data required in the COVID-19 Passenger Health Self-Declaration Form in paper or digital format starting 7 September 2020.

1.4 Additionally, some States may be asking for additional specialised information, required by their national health system as part of the efforts to control and prevent the spread and transmission of COVID-19.

2. UNIFICATION OF FORMATS

2.1 The use of multiple (national and international) health control documents established by the States in a recurrent manner, added to the controls for preventing the spread and transmission of COVID-19, generate duplication of questions in each of these forms, which contradicts the spirit of facilitation principles for the processing of passengers during their passage through airports.

2.2 Likewise, as long as States do not establish unified and standardised electronic systems for handling all the health information required in these different forms, there is a greater risk of COVID-19 transmission, as they have to handle a high volume of documents per passenger.

2.3 With regard to the above, it must be an essential task of the States to work on the unification of the different forms and documents intended for health control, in order to facilitate their completion by passengers and to avoid the risk of possible sources of transmission in the handling of these physical forms. The annex to this working paper presents a unified document model that contains the information requested in the Passenger Locator Form (Annex 9), the COVID-19 Passenger Health Declaration (SRVSOP) and the Public Health COVID-19 Passenger Self-Declaration Form.

3. SUGGESTED ACTION

3.1 The Virtual Meeting of Civil Aviation General Directors of SAM States is invited to:

- a) Take note of the information presented in this working paper; and
- b) Consider the unification of the Passenger Locator Form (FLP) and the COVID-19 health self-declaration for the convenience of passengers and staff handling this information, during the recovery phases of air operations.

Annex

Unified model of PLF and COVOD-19 Health Self-Declaration

FORMULARIO DE LOCALIZACIÓN DE PASAJERO (FLP)

Para proteger su salud, los funcionarios de salud pública necesitan que usted conteste este formulario cuando sospechen la presencia de una enfermedad contagiosa a bordo de un vuelo. La información que proporcione ayudara a los funcionarios de salud pública a ponerse en contacto con usted en caso de que haya estado expuesto a una enfermedad contagiosa. Es importante que conteste es formulario en forma completa y exacta. La información solicitada se conservara de conformidad con la legislación aplicable y se utilizara exclusivamente para fines de salud pública. Gracias

Un miembro adulto de cada familia deberá contestar un formulario. Escribir en MAYUSCULA. Dejar casilla en blanco para los espacios entre palabras

INFORMACIÓN DE VUELO: 1. Línea aérea, 2. Nro. Vuelo, 3. Nro. Asiento, 4. Fecha (dd/mm/aaaa)
INFORMACIÓN PERSONAL: 5. Apellido, 6. Nombre de pila, 7. Sexo, 8. Fecha nacimiento, 9. Edad, 10. Numero documento de viaje / C.I., 11. País de nacionalidad, 12. País de residencia, 13. Aeropuerto de origen
14. HISTORIAL DE VIAJE: Indique todos los países/regiones y ciudades que usted y su grupo de viaje hayan visitado (tránsito o escala) o atravesado en los últimos 14 días antes de su arribo...
NÚMEROS(S) DE TELÉFONO donde se le pueda encontrar, de ser necesario. Incluir el código del país y de la ciudad
15. Móvil, 16. Trabajo, 17. Domicilio, 18. Otros, 19. Correo electrónico
DIRECCIÓN PERMANENTE: 20. Número y calle (separar con una casilla vacía, los números y nombres), 21. Nro. Apto, 22. Ciudad, 23. Estado/Provincia, 24. País, 25. Código Postal
DIRECCIÓN TEMPORAL: Si es visitante, solo escriba el lugar que visitara primero.
26. Nombre del hotel (si es el caso), 27. Número y calle (separar con una casilla vacía, los números y nombres), 28. Nro. Apto, 29. Ciudad, 30. Estado/Provincia, 31. País, 32. Código Postal
INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA CASOS DE URGENCIA, de la persona que pueda ponerse en contacto con usted en los próximos 30 días.
33. Apellido, 34. Nombre, 35. Ciudad, 36. País, 37. Correo electrónico, 38. Número de teléfono móvil, 39. Otro número de teléfono
40. COMPAÑEROS DE VIAJE - MIEMBROS DE LA FAMILIA: Incluir la edad solamente si es menor de 18 años.
Apellido, Nombre, Nro. Asiento, Edad (-) 18

FORMULARIO DE LOCALIZACIÓN DE PASAJERO (FLP)

41. COMPAÑEROS DE VIAJE – NO MIEMBROS DE LA FAMILIA: También incluir el nombre del grupo (si es el caso).

	Apellido	Nombre	Grupo (tour, equipo, empresa otros)
(1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FORMULARIO DE AUTODECLARACIÓN SANITARIA DE COVID-19 PARA PUBLICO PASAJERO
CUESTIONARIO OBLIGATORIO DE SALUD PARA INGRESAR AL PAIS

Respecto a la emergencia de salud declarada COVID-19, es obligatorio responder las siguientes preguntas
 Si es necesario se realizara una evaluación médica a su llegada

42. ¿Durante los últimos 14 días, ¿ha tenido usted, o alguna persona de su grupo de viaje, un contacto cercano (contacto frente a frente durante más de 15 minutos o contacto físico directo) con una persona confirmada COVID-19, o que presentaba síntomas que sugieran contagio de COVID-19?

Si No

43. ¿Usted o un miembro de su familia / compañero de viaje ha tenido alguno de los siguientes síntomas durante los últimos 14 días? Por favor, llene los datos de la persona o personas que presentan los síntomas mencionados y marque con una "X" el síntoma o signo que presenta:

	Apellido	Nombre	Fiebre o Escalofrío	Tos	Dificultad para Respirar	Pérdida de Gusto/ Olfato	Dolor de Cabeza	Dolor Muscular	Congestión Nasal	Diarrea	Conjuntivitis
(1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. ¿Ha tenido usted, o alguna persona de su grupo de viaje, una prueba de diagnóstico de COVID-19 con resultado positivo en los últimos 3 días?

Si No

Adjuntar el informe con el resultado, si lo tiene

45. ¿Ha visitado mercados de animales vivos en los últimos 14 días?

Si No

46. Propósito del viaje, favor escoja uno.

Turismo Trabajo Visita familiar Misión especial Cooperación internacional

Declaro que toda la información aquí presentada es correcta y cierta, y me comprometo a llevar a cabo las evaluaciones y/o exámenes médicos, así como la cuarentena en los lugares designados por la autoridad sanitaria del Estado o de manera domiciliaria durante 14 días siguientes a mi entrada al país, realizando un autocontrol de los síntomas del coronavirus, especialmente los síntomas de infección respiratoria aguda (fiebre, tos o dificultad respiratoria) y si presento alguno de ellos me pondré en contacto con la autoridad sanitaria competente por teléfono.

Acepto cumplir con las indicaciones y medidas que me indique la autoridad sanitaria

Y para el registro, Firmo este documento.

Lugar _____ fecha _____ Firma _____

Nro. Pasaporte / C.I.