



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

Al responder haga referencia a:

Ref.: NT- NT4-4.43, NT-NS2-35 — **EMX0098**

5 de marzo de 2014

Para: Estados y Organizaciones Internacionales

Asunto: **Invitación al Seminario de Búsqueda y Salvamento (SAR) y Coordinación Civil/Militar NAM/CAR/SAM de la OACI (Oficina Regional NACC de la OACI, Ciudad de México, México, del 26 al 30 de mayo de 2014)**

Tramitación

- Requerida: 1) Registrar participantes a más tardar el **25 de abril de 2014**  
2) Enviar formulario de candidatura de beca antes del **5 de mayo de 2014**

Señor:

En seguimiento a la Recomendación 4/5 - *Coordinación/cooperación cívico-militar y espacio aéreo compartido entre estos dos sectores* de la Décima Segunda Conferencia de Navegación Aérea (AN-Conf/12), tengo el honor de invitar a su Administración/Organización a participar en el Seminario de Búsqueda y Salvamento (SAR) y Coordinación Civil/Militar NAM/CAR/SAM de la OACI, que se celebrará en Oficina Regional NACC de la OACI en la Ciudad de México, México, del 26 al 30 de mayo de 2014.

Se espera la asistencia de especialistas SAR y personal técnico de Gestión de Tránsito Aéreo (ATM) involucrados en la coordinación civil/militar de los Estados/Territorios/Organizaciones Internacionales de las Regiones NAM/CAR/SAM de la OACI. El idioma de trabajo del seminario será en español, y se proporcionará interpretación simultánea al inglés si se registran a tiempo suficientes participantes de este idioma.

La audiencia se aperturará a una amplia mezcla de autoridades civiles/militares, Proveedores de servicios de navegación aérea (ANSP), autoridades civiles/militares de alto nivel, gerentes del espacio aéreo civil/militar ATM, explotadores de líneas aéreas y usuarios de la aviación general. Las Autoridades de Aviación Civil (AAC) deberán coordinar la participación de oficiales militares como parte de la delegación de su Estado.

El seminario consistirá en presentaciones teóricas y prácticas utilizando un formato interactivo, discusiones de alto nivel, material de orientación de la OACI aplicado a las actividades de cooperación civil/militar con ejercicios prácticos adaptados a situaciones regionales, ejemplos de una comunicación efectiva, optimización del uso del espacio aéreo con escenarios ficticios, e iniciativas para reducir la emisión de gases CO<sub>2</sub> mediante una coordinación civil/militar mejorada.

... /2

El temario provisional del evento se presenta en el **Adjunto A**. Le agradeceré completar y enviar el formulario de registro en el **Adjunto B** por correo electrónico para cada participante antes del **25 de abril de 2014**.

La lista de hoteles sugeridos, los mapas de localización de la Oficina Regional NACC de la OACI y Zona de Hoteles, así como otra información de utilidad está disponible en la sección “¿Visitará nuestra oficina?” del sitio web de la Oficina Regional NACC de la OACI ([http://www.icao.int/NACC/Pages/visitors\\_info.aspx](http://www.icao.int/NACC/Pages/visitors_info.aspx)). Los participantes deberán realizar sus reservaciones directamente con los hoteles de manera oportuna.

Todas las presentaciones del evento estarán disponibles en la sección de reuniones de la siguiente página web: <http://www.icao.int/NACC/Pages/default.aspx> en cuanto esté lista. Dado que estas presentaciones estarán en formato electrónico, no se distribuirá ninguna copia impresa durante el evento.

Asimismo, en conformidad con el Plan de actividades para 2013-2016 del Proyecto Regional de Cooperación Técnica para la Región Caribe – *Implementación de los sistemas de navegación aérea basada en la performance en la Región CAR (RLA/09/801)*, tengo el agrado de informarle que este evento está ofreciendo una beca para miembros del Proyecto<sup>1</sup>.

La beca incluye asignación de subsistencia diaria (DSA) para cubrir alojamiento y viáticos; su Administración deberá proporcionar al candidato el pasaje aéreo de ida y vuelta para la Ciudad de México, y asegurarse que posea antes de su salida los documentos necesarios de viaje, vacunas y visa.

Respecto a las becas ofrecidas para los Estados Centroamericanos a través de COCESNA, por favor tomar nota que la decisión del candidato representante deberá realizarse internamente entre su Administración y COCESNA. Posterior a la coordinación, el Formulario de nominación para el candidato seleccionado que represente a los Estados Centroamericanos **deberá ser enviado a esta Oficina Regional a través de COCESNA**.

Un formulario de candidatura de beca deberá completarse para cada candidato, se deberán llenar todas las páginas, incluyendo firma y sello de su Administración (página 2), así como la firma del médico que realice el reconocimiento en la parte médica del formulario (página 6). La dirección a la que deberá enviar el formulario de beca es:

**Oficina Regional NACC de la OACI**  
Sr. Julio Garriga  
Especialista Regional de Cooperación Técnica  
Sra. Claudia López  
Asistente de Cooperación Técnica  
[icaonacc@icao.int](mailto:icaonacc@icao.int); [jgarriga@icao.int](mailto:jgarriga@icao.int); [clopez@icao.int](mailto:clopez@icao.int);

... / 3

---

<sup>1</sup> Los **Estados miembros del Proyecto RLA/09/801** son: Bahamas, Barbados, Cuba, Curazao, Haití, Jamaica, México, los Estados OECS a través de ECCAA (Antigua y Barbuda, Granada, San Kitts y Nevis, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas), República Dominicana, Trinidad y Tabago y los Estados Centroamericanos a través de COCESNA (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua).

Agradeceré recibir confirmación **lo antes posible** en caso de que su Administración esté interesada en proponer un candidato para una beca para asistir al Seminario de Búsqueda y Salvamento (SAR) y Coordinación Civil/Militar NAM/CAR/SAM de la OACI. El Formulario de nominación, debidamente completado (**Adjunto C**), se deberá recibir en esta Oficina Regional de la OACI antes del **5 de mayo de 2014**.

Si requiere mayor información sobre este evento, por favor comuníquese con el Sr. Victor Hernández, Especialista en Gestión de Tránsito Aéreo/Búsqueda y Salvamento (vherandez@icao.int) o con su Asistente, la Srita. Ana Valencia (avalencia@icao.int).

Le ruego acepte el testimonio de mi mayor consideración y aprecio.

A digital signature in blue ink, overlaid on a circular blue stamp. The stamp contains the text 'OACI - ICAO' and 'NACAC'. The signature is written in a cursive style.

Loretta Martin  
Directora Regional  
Oficina Regional para Norteamérica,  
Centroamérica y Caribe (NACC)

**Adjuntos:**

*A – Temario Provisional*

*B – Forma de Registro*

*C – Formulario de nominación Beca*

## ADJUNTO A

SAR



Organización de Aviación Civil Internacional

Oficina para Norteamérica, Centroamérica y Caribe (NACC)

**Seminario de Búsqueda y Salvamento (SAR) y Coordinación Civil/Militar  
NAM/CAR/SAM de la OACI  
(SAR)**

Ciudad de México, México, 26 al 30 de mayo de 2014

---

### TEMARIO PROVISIONAL

#### 1. Asuntos de coordinación de Búsqueda y Salvamento (SAR)

- a) Obligaciones de los Estados bajo las disposiciones relevantes SAR
- b) Organización y planificación SAR
- c) Acuerdos SAR
- d) Implementación regional de los ejercicios SAR
- e) Perspectiva mundial y regional del Sistema de búsqueda por satélite de buques en peligro - Sistema de seguimiento por satélite para búsqueda y salvamento (COSPAS-SARSAT)
- f) Coordinación SAR y procedimientos de respuesta a emergencias por desastres naturales

#### 2. Coordinación operacional civil/militar de los Estados

- a) *Convenio sobre Aviación Civil Internacional* — Doc 7300 y las disposiciones de la OACI respecto a la coordinación civil/militar
- b) Experiencias de la falta de coordinación operacional civil/militar
- c) Necesidad de una coordinación civil/militar (*Manual sobre las medidas de seguridad relativas a las actividades militares potencialmente peligrosas para las operaciones de aeronaves civiles* — Doc 9554)
- d) Programas para reducir intercepciones de aeronaves relacionadas con el *Manual sobre la intercepción de aeronaves civiles de la OACI* — Doc 9433
- e) Iniciativas regionales para promover la coordinación operacional civil/militar

#### 3. Organización y Gestión del espacio aéreo (AOM)

- a) Disposiciones para el Uso flexible del espacio aéreo (FUA) de la OACI
- b) Iniciativas regionales para la reducción de los volúmenes segregados permanentemente del Uso especial del espacio aéreo (SUA)
- c) Sistemas de aeronaves no tripuladas (UAS): necesidades y retos
- d) Iniciativas operacionales conjuntas civil/militar para reducir la quema de combustible de la aviación civil y la emisión de CO<sub>2</sub> (Implementación de la Navegación basada en la performance (PBN), Vigilancia dependiente automática - radiodifusión (ADS-B), 406 MHz Transmisor de localización de emergencia (ELT), etc.)

#### 4. Otros asuntos

-----

ATTACHMENT / ADJUNTO B

SAR



*International Civil Aviation Organization*  
*Organización de Aviación Civil Internacional*  
North American, Central American and Caribbean Office (NACC)  
Oficina para Norteamérica, Centroamérica y Caribe (NACC)  
**ICAO NAM/CAR/SAM Search and Rescue (SAR) and Civil/Military  
Coordination Seminar /  
Seminario de Búsqueda y Salvamento (SAR) y Coordinación Civil/Militar  
NAM/CAR/SAM de la OACI  
(SAR)**  
Mexico City, Mexico, 26 to 30 May 2014 /  
Ciudad de México, México, 26 al 30 de mayo de 2014

REGISTRATION FORM / FORMULARIO DE REGISTRO

1.	NAME NOMBRE	
2.	POSITION CARGO	
3.	ORGANIZATION ORGANIZACIÓN	
4.	COUNTRY PAÍS	
5.	TELEPHONE TELÉFONO	
6.	E-MAIL CORREO-E	

*Please send this form to: / Por favor envíe este formulario a:*

E-mail: [icaonacc@icao.int](mailto:icaonacc@icao.int)



## ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL DIRECCIÓN DE ASISTENCIA TÉCNICA

### GUÍA PARA LLENAR EL FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA

*(El originador tiene que arrancar esta hoja antes de enviar el formulario adjunto de candidatura para una beca, a la oficina regional o local de la PNUD, para que ésta lo haga llegar a la OACI)*

Es de interés para los gobiernos asegurarse de que el formulario de candidatura adjunto se llene completamente respecto a cada candidato, *en un original y dos copias*. Todo formulario de candidatura tiene que someterse al Representante residente local del PNUD quien enviará tres copias de él al correspondiente Representante regional de la OACI. Los formularios de candidatura tiene que recibirlos la oficina regional de la OACI, con *seis meses de anticipación*, como mínimo, a la fecha de iniciación de los cursos propuestos.

#### PARTE I – CANDIDATURA PRESENTADA POR EL GOBIERNO

Sírvase notar los 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 LA GUÍA OACI DE CENTROS DE FORMACIÓN PROFESIONAL, Doc 9172.

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, debe decirse: 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 formación del programa de beca, para indicar qué cursos preliminares/básicos o avanzados hay que agregar/eliminar de éste a fin de lograr los mejores resultados posibles. Los datos sobre empleo constituyen asimismo un elemento esencial para la formación del programa, dado que ayudan a determinar la clase y grado de 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 él.

### **PARTE IV-A Y PARTE IV-B – INFORMES MEDICOS**

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 país. Todo candidato a una beca debe ser reconocido por algún médico recomendado por la Oficina local del PNUD. Si los miembros de la tripulación 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 Anexo 1 de la OACI. Capítulo 6, párrafo 6.6. 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 seis meses de anticipación, como mínimo, a la fecha de iniciación del programa propuesto. El Representante residente lo enviará, a su vez, por triplicado al correspondiente Representante regional del a OACI.

**PARTE I – CANDIDATURA PRESENTADA POR EL GOBIERNO**

El Gobierno de \_\_\_\_\_

1. Presenta la candidatura del/de la: Sr./Sra./Srta. \_\_\_\_\_  
(apellido) (nombres)

para recibir una beca de la OACI en la esfera de \_\_\_\_\_  
(Identifíquese el campo de formación profesional principal de acuerdo con la *Guía OACI de centros de formación profesional*. Doc 9172, Sección I - Lista de cursos.)

2. Solicita la beca para el programa de Instrucción siguiente.

(Enumérese 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 el curso	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 asistencia técnica siguiente:  
(Señálese la casilla correspondiente e Insértese el número del proyecto.)

- |                          |   |                      |                    |
|--------------------------|---|----------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Programa nacional bajo el PNU                           | Proyecto Núm.: _____ | Puesto Núm.: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Programa regional del PNUD                              | Proyecto Núm.: _____ |                    |
| <input type="checkbox"/> | Programa Interregional del PNU                          | Proyecto Núm.: _____ |                    |
| <input type="checkbox"/> | Acuerdo de fondos fiduciarias<br>Concretado con la OACI | Proyecto Núm.: _____ |                    |

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Conviene en que se hará/no se hará\* cargo de los gastos de transporte de ida y vuelta del candidato el país o a los países donde se ofrezcan los cursos.

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 término 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 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):				
5. Nombre y dirección de la persona a quien deberá notificarse en caso de emergencia (aparte de las autoridades estatales):				
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:				
	Período			
Nombre, ciudad y país de la institución	Del	al		
Curso terminado y certificado obtenido				
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.)				
	Período			
Nombre de la escuela superior	del	al		
Asignaturas cursadas		Título o diploma obtenido		
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)				
	Período			
Nombre y lugar de la institución docente	del	al	Duración (semanas)	Diploma o certificado obtenido

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

**PARTE II – Cont.**

**10. Empleos**

(indíquese los cargos ejercidos en 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 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 formación proporcionada es verdadera en todos los sentidos.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del candidato

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

(no es aplicable)

**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 asistencia técnica de la OACI.]

Nombre de la Institución encargada de realizar el examen: \_\_\_\_\_

Nombre del candidato: Sr./Sra./Srta.: \_\_\_\_\_

Idioma del 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?

SI

NO

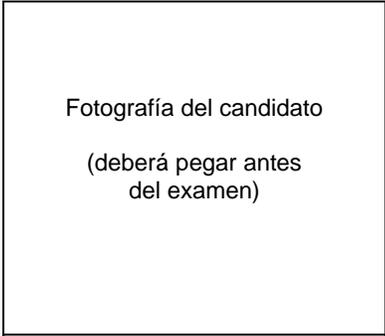
Fecha : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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 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? \_\_\_\_\_

SI	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**

<b>PARTE IV. B – INFORME MEDICO</b>																																																																																			
<b>PARA LOS MIEMBROS DE LA TRIPULACIÓN Y CONTROLADORES DE TRÁFICO AÉREO QUE VAYAN A SEGUIR CURSOS PARA CONSEGUIR ALGUNA LICENCIA DE ACUERDO CON EL ANEXO 1 DE LA OACI ESTA PÁGINA DEBERA LLENARLA EL CANDIDATO</b>																																																																																			
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?			SI <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?			SI <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 modo alternativo <input type="checkbox"/>	helicóptero <input type="checkbox"/>																																																																															
¿Ha sufrido UD. Algún accidente de aviación?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, dé los detalles pertinentes en el apartado de "observaciones".																																																																															
<p><b>ANTECEDENTES MEDICOS</b> ¿Ha experimentado alguna vez o experimenta actualmente, algunos 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>SI</th> <th>NO</th> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dolor de cabeza frecuente o fuerte</td> <td></td> <td></td> <td>Transtornos 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>Transtornos 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>Transtornos 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 albuna 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 menta?</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							SI	NO		SI	NO	Dolor de cabeza frecuente o fuerte			Transtornos nerviosos de cualquier clase			Vértigo o desvanecimiento			Consumo habitual de drogas o estupefacientes			Pérdida del conocimiento por cualquier causa			Consumo excesivo de bebidas alcohólicas			Transtornos 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			Transtornos 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 albuna en la orina			Otras enfermedades			Epilepsia o ataques			¿Cree Ud. Gozar de buena salud física y menta?		
	SI	NO		SI	NO																																																																														
Dolor de cabeza frecuente o fuerte			Transtornos nerviosos de cualquier clase																																																																																
Vértigo o desvanecimiento			Consumo habitual de drogas o estupefacientes																																																																																
Pérdida del conocimiento por cualquier causa			Consumo excesivo de bebidas alcohólicas																																																																																
Transtornos 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																																																																																
Transtornos 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 albuna en la orina			Otras enfermedades																																																																																
Epilepsia o ataques			¿Cree Ud. Gozar de buena salud física y menta?																																																																																
¿Hay algún antecedente familiar de:		Diabetes <input type="checkbox"/>	Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/>	Tuberculosis <input type="checkbox"/>																																																																															
OBSERVACIONES																																																																																			
<p><b>DECLARACIÓN DEL CANDIDATO:</b> Certifica que todo lo declarado y respondido en este formulario de reconocimiento constituye toda la verdad a mi leal saber y entender.</p> <p>Firma del Candidato: _____ Fecha: _____</p>																																																																																			

## 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 EFECTUE 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 visceras (incluso hernia)		
Senos paranasales				Ano y recto(hemorroides, fistulas, próstata)		
Boca y garganta				Sistema endocrino		
Oídos en general(canales interno y externo)				Sistema génito urinario		
Tímpanos (perforación)				Extremidades superiores e inferiores(fuerza amplitud de movimiento)		
Ojos en general				Columna vertebral y otras condiciones musculoesqueléticas		
Examen oftalmoscópico				Señales corporales, cicatrices y tatuajes		
Pupilas (diámetro, igualdad y reacción)				Piel y sistema linfático		
Motilidad Ocular (movimiento paralelo asociado nistagmo)				Examen urológico (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			Agudeza Visual lejana:  Ojo derecho:            20/            Corregida a 20/  Ojo izquierdo            20/            Corregida a 20/  Ambos ojos:            20/            Corregido a 20/  Agudeza visual cercana            Valor de la tabla N Agudeza visual intermedia            Valor de la tabla N:	
	Diastólica	Sentado			
	Sistólica				
	Diastólica	Reclinado			
Pulso sentado					
	Conversación	Murmullo	Audiometria	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	Albumia	Análisis de sangre:
	Análisis Microscópico		Hemoglobina
FCG	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	Índice de heritrosedimentación
			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 MEDICO 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 de 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 anexo 1 de la OACI, Capítulo 6 – *Licencias al personal*

\*Táchese lo que corresponda