

## **CIRCULAR MARÍTIMA**

### **CAPITANÍA DE PUERTO DE ARICA**

ORD. Nº 03 /2009

---

**OBJ.:** ESTABLECE PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN DE NAVES MERCANTES PROCEDENTES DE PAISES AFECTADOS DIRECTAMENTE CON LA INFLUENZA PORCINA.

---

**REFERENCIA:**

**A.-D.S. (M.) Nº 1.340 BIS DEL 14 DE JUNIO DE 1941, “REGLAMENTO GENERAL DE ORDEN, SEGURIDAD Y DISCIPLINA EN LAS NAVES Y LITORAL DE LA REPÚBLICA.**

**B.-GOBIERNO DE CHILE, MINISTERIO DE SALUD.**

---

**I.- INFORMACIONES:**

Debido a la alerta mundial sanitaria Internacional decretada por la Organización Mundial de la Salud “O.M.S.”, en lo que refiere a la aparición del virus A/H1N1, causante de la influenza porcina en México, se ha coordinado con la Autoridad Nacional de salud las medidas precautorias que se deberán cumplir a nivel de puertos del país, por parte de los diferentes servicios públicos, para la detección oportuna de personas afectadas, objeto evitar su propagación dentro del país.

**II.- INSTRUCCIONES:**

1.- Toda nave que provenga de un país afectado directamente con la influenza porcina, su capitán deberá informar por escrito por medio de su agencia de nave, 24 horas previo a recalar al puerto, el estado de salud de su tripulación y pasajeros. Asimismo en caso de desembarque de algún miembro de la nave, deberá completar la “**DECLARACIÓN DE SALUD DEL VIAJERO**” que se adjunta en anexo “A” y “B” que deberá ser entregada a la Autoridad Sanitaria con copia a esta Autoridad Marítima.

2.- Si el Capitán de la nave informa a la Capitanía de Puerto de Arica, previo a su arribo la presencia de un caso con síntomas respiratorios entre los pasajeros y/o tripulantes, deberá entregar al Capitán de Puerto de Arica y en cumplimiento de sus obligaciones, los siguientes antecedentes:

- Nombre de la Nave
- Procedencia
- Antecedentes del o los afectados (Nº de afectados, edades, sexo.)
- Si se trata de pasajero(s) que se enfermo(arón) en travesía:
  - Causa probable que lo(s) afecta(n); signos y síntomas del o los afectados, cuales son: fiebre, dolores musculares, dolor de cabeza.
  - Tipo de atención presentada a bordo (si se encuentran a bordo médicos o paramédicos que pudiesen aportar datos que servirán para el diagnóstico).
- Situación higiénica a bordo.
- Embarque y/o desembarque de pasajeros/tripulación en puerto previo.

- Comentario general del escenario a bordo.
  - Otros datos que pudieran ser de interés.
- 3.- El Capitán de Puerto deberá informar de inmediato a la Autoridad Sanitaria de la región. La Nave se mantendrá a la gira y nadie tendrá acceso a bordo hasta que el equipo de la Comisión de Salud evalúe la situación.
  - 4.- La Comisión de Salud se constituirá en la nave debidamente equipada con Equipos de Protección Personal (EPP).
  - 5.- LA Autoridad Sanitaria deberá verificar la validez del Certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis y las informaciones que constan en la Declaración Marítima de Salud, previstas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Deberá además, investigar la posible existencia de indicios de anomalías clínicas a bordo, verificar los itinerarios de los viajeros, considerando las áreas afectadas; analizar los registros médicos de abordaje y entrevistar a las personas embarcadas, indicando las medidas sanitarias pertinentes.
  - 6.- En el caso de las inspecciones conjuntas con otras autoridades, la Autoridad Sanitaria deberá alertarlos previamente en relación al riesgo a que estén expuestos, como también en cuanto a las medidas sanitarias preventivas a ser adoptadas.
  - 7.- Si la evaluación médica determina **QUE NO HAY INDICIOS** de que el o los pacientes presenten síntomas compatibles con Influenza, se procederá a otorgarles la atención médica correspondiente y la nave continuará con su proceso normal de arribo (Libre Plática).
  - 8.- Si la evaluación médica determina **QUE SI HAY INDICIOS** de que el los pacientes presenten síntomas compatibles con Influenza, se procederá de acuerdo a lo siguiente:
    - El Médico deberá coordinar el traslado del o los pacientes a dependencias del centro de salud definido para la atención de este tipo de pacientes.
    - El Paciente deberá ser trasladado con mascarilla y el personal de salud con todos los equipos de protección personal (mascarilla, guantes, delantal desechable y antiparras).
    - La Ambulancia y su personal deberá cumplir con los protocolos de seguridad (desinfección y equipos de protección personal).
    - En Caso de extrema urgencia y ante la inminencia de trasladar al o los pacientes a centros hospitalarios, la Autoridad Marítima coordinará con Policía Internacional la agilización de los trámites de inmigración correspondiente.
    - Los contactos del caso, no contarán con autorización de descender desde la nave hasta que la Autoridad Sanitaria lo disponga (Resultados de Laboratorio).
    - La Autoridad competente emitirá el documento oficial declarando las medidas adoptadas en la nave, su carga y viajeros que deberá ser entregada a su responsable legal.

- 9.- Las Agencias de Naves y los servicios públicos que participan directamente en la recepción de las naves, deberán proveer a sus delegados de los equipos de protección personal (mascarilla y guantes desechables).

**III- VIGENCIA.:**

A contar de la fecha de publicación.

**ARICA, 30 de abril de 2009**

**HÉCTOR ARAVENA SALAZAR  
CAPITÁN DE CORBETA LT  
CAPITÁN DE PUERTO DE ARICA**

**DISTRIBUCIÓN.:**

- 1.- AGENTAL.
- 2.- AGUNSA.
- 3.- BROOM.
- 4.- CONTOPSA.
- 5.- IAN TAYLOR.
- 6.- MAERSK.
- 7.- MARVALP.
- 8.- NAVIPOINT.
- 9.- SAAM.
- 10.- SOMARCO.
- 11.- ULTRAMAR.
- 12.- REPORT.
- 13.- POLICIA DE INVESTIGACIONES DE CHILE
- 14.- SERVICIO NACIONAL DE ADUANAS.
- 15.- SERVICIO AGRICOLA Y GANADERO.
- 16.- SERVICIO DE SALUD DE ARICA.
- 17.- DEPTO. OPS. CP ARICA
- 18.- ARCHIVO.

**A N E X O “ A ”**

**DECLARACIÓN DE SALUD DEL VIAJERO**



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

- Travelers should fill out this form and hand it in to the health authorities upon landing, so that they can be contacted by authorities over the next 7 days for adoption of health protection actions, if necessary.
- Esta tarjeta debe ser llenada por el viajero y entregada a la autoridad sanitaria al desembarcar para facilitar la localización del pasajero por parte de las autoridades en los próximos 7 días, que le permitan adoptar medidas de protección a la salud en caso necesario.

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

**ARICA, 30 de abril de 2009**

**HÉCTOR ARAVENA SALAZAR  
CAPITÁN DE CORBETA LT  
CAPITÁN DE PUERTO DE ARICA**

**DISTRIBUCIÓN.:**  
IDEM CUERPO PRINCIPAL

## ANEXO "B"

### INSTRUCCIONES DE LLENADO DECLARACION DE SALUD DEL VIAJERO

**1. IDENTIFICATION OF THE TYPE OF TRANSPORT.**

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

**2. SPECIFICATION OF THE MEANS OF TRANSPORT.**

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

**3. IDENTIFICATION OF THE PASSENGER.**

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

**4. STATEMENT OF THE AREAS WHERE YOU HAVE TRAVELED.**

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

**5. DESTINATION FIELD.**

Inform destination, scheduled connections and places of call. In the line below, flight company(ies) and flight number of connection or call or the name of the vessel and land vehicle. To the side, inform scheduled embarkation date.

**6. IDENTIFICATION OF THE SYMPTOMS.**

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

**7. LOCATING THE PASSENGER.**

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

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

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

**Instrucciones para llenar la tarjeta**

**1. IDENTIFICACIÓN DEL TIPO DE MEDIO DE TRANSPORTE.**

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

**2. ESPECIFICACIÓN DEL MEDIO DE TRANSPORTE.**

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

**3. IDENTIFICACIÓN DEL PASAJERO.**

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

**4. DECLARACIÓN DEL TRAMO RECORRIDO.**

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

**5. DESTINO.**

Informar destino, conexiones o escalas previstas. En la línea de abajo informar la(s) compañía(s) aérea(s) y n° del vuelo de la escala o conexión o el nombre de la embarcación o nombre de la empresa terrestre. Al lado, informe la fecha prevista para el embarque.

**6. IDENTIFICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS.**

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

**7. LOCALIZACIÓN DEL PASAJERO:**

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

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

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

**ARICA, 30 de abril de 2009**

**HÉCTOR ARAVENA SALAZAR  
CAPITÁN DE CORBETA LT  
CAPITÁN DE PUERTO DE ARICA**

**DISTRIBUCIÓN.:  
IDEM CUERPO PRINCIPAL**