

Manual del usuario

Para el personal aeronáutico que solicita la certificación médica aeronáutica

ANAC / DGLTyA / DSyC

DICIEMBRE 2014

Contenidos

Contenidos	2
Conceptos importantes	3
Nomenclatura	3
Como Ingreso?	3
Funcionalidad del módulo	4
Ingreso a la Aplicación	5
Especificación de botones	5
Certificación Médica Aeronáutica	6
Ingresar nuevo trámite	7
Datos personales	7
Datos profesionales	9
Datos médicos personales	12
Anular un trámite	16
Confirmar un trámite	17
Bandeja de trámites de CMA	19

Conceptos importantes

Nomenclatura

AME: Médico Examinador Aeronáutico

CMAE: Centro Médico Examinador Aeronáutico

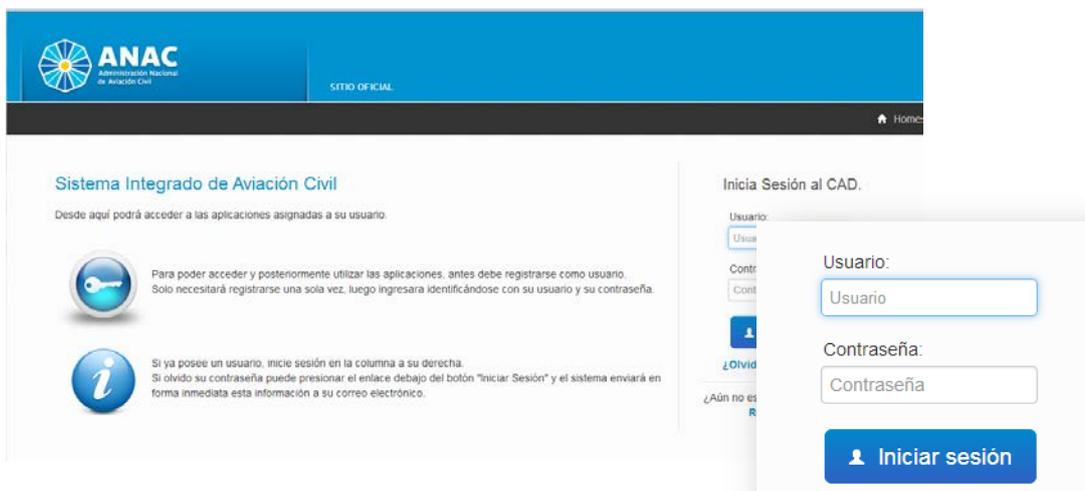
Usuario: Persona que solicita la certificación medica aeronáutica (CMA)

Como Ingreso?

Acceder a través del sitio oficial de ANAC (www.anac.gov.ar) al link de acceso con el logo del Casillero Aeronáutico Digital.

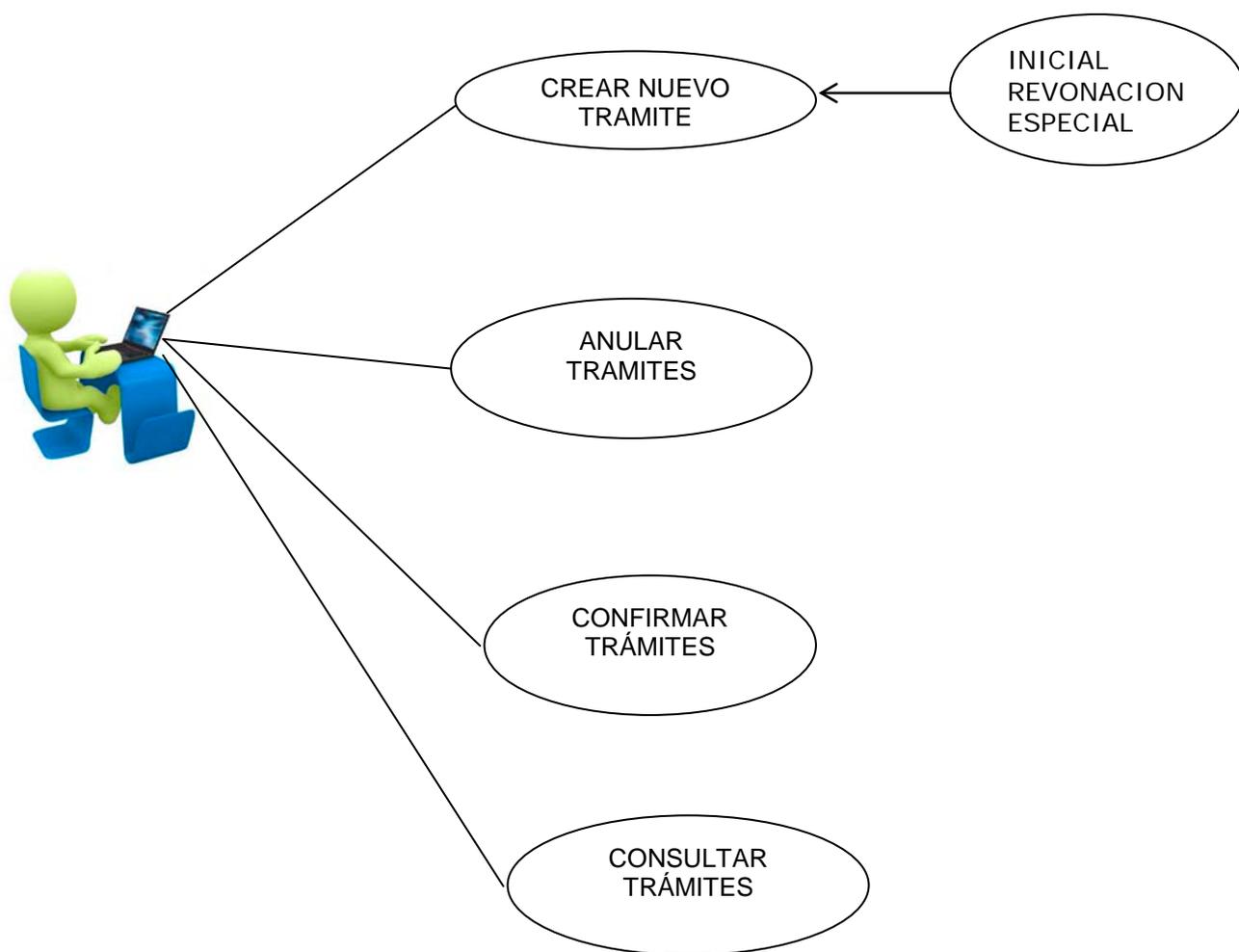


Una vez que accede este link, usted tiene que ingresar usuario y contraseña.



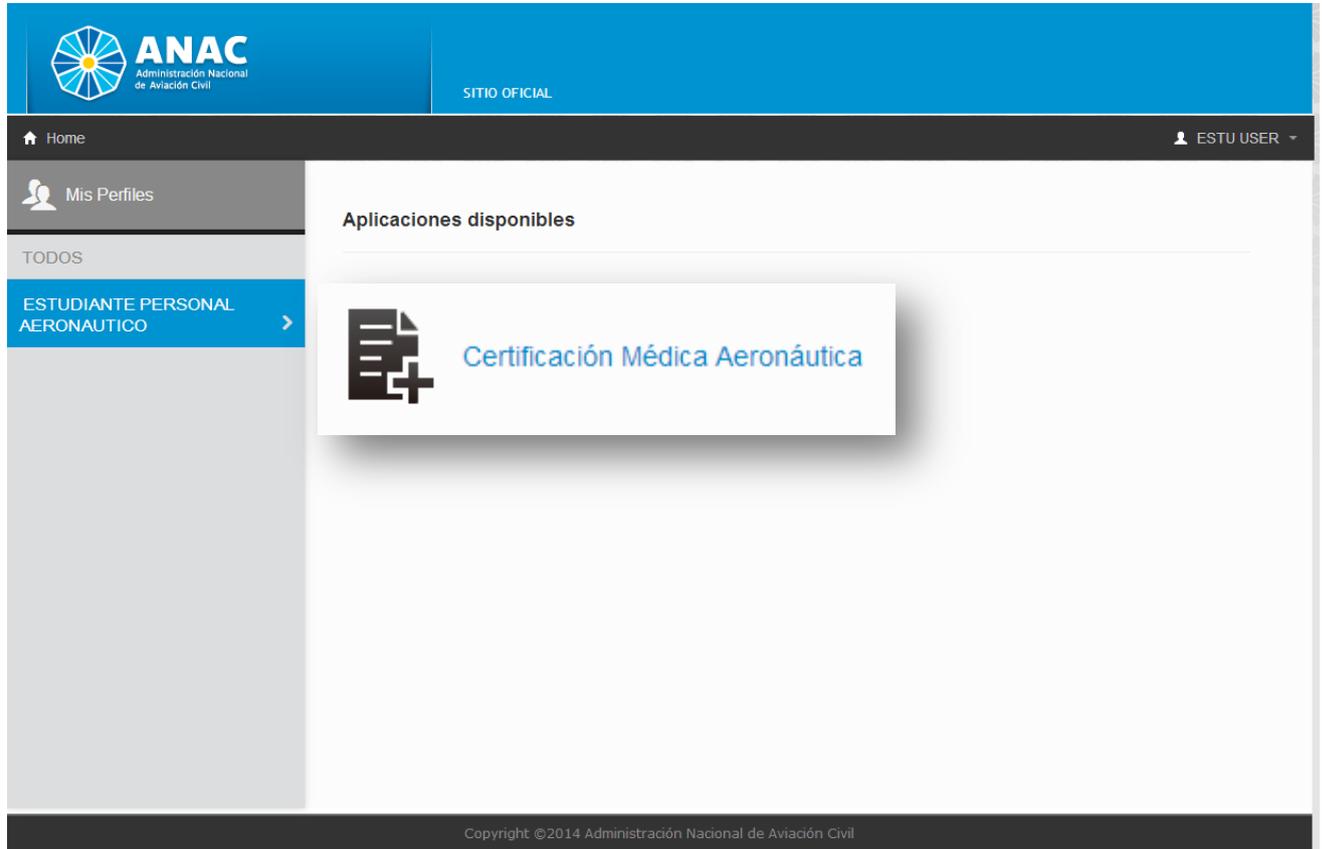
Nota: Si usted no está registrado, puede seguir el instructivo: [¿Cómo me autoregistro?](#)

Funcionalidad del módulo



Ingreso a la Aplicación

Una vez que ingreso el usuario y contraseña en el Casillero Aeronáutico Digital, se accede a la pantalla de aplicaciones disponibles asignadas: *Certificación Médica Aeronáutica*.



Especificación de botones



Limpiar/borrar los datos ingresados o la selección realizada



Bandeja trámites

Ir a la bandeja de trámites



Anular Trámite

Anular el trámite editado

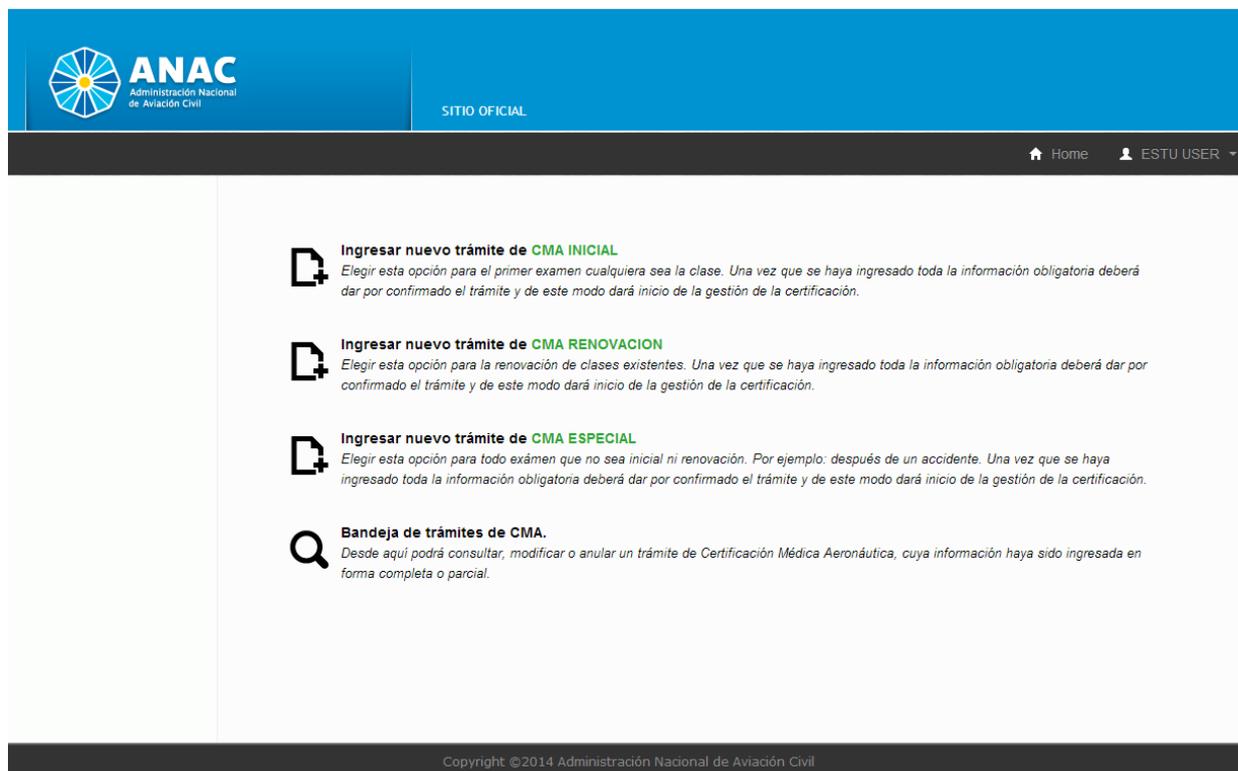


Confirmar Trámite

Confirmar el trámite editado

Certificación Médica Aeronáutica

Cuando se ingresa a la aplicación, en la primera pantalla, se accede a un menú de opciones donde se podrá seleccionar un tipo de trámite para iniciar o consultar/modificar los realizados



The screenshot shows the ANAC website interface. At the top left is the ANAC logo and name. To the right is the text 'SITIO OFICIAL'. Below this is a navigation bar with 'Home' and 'ESTU USER' options. The main content area lists four options for CMA certification:

- Ingresar nuevo trámite de CMA INICIAL**
Elegir esta opción para el primer examen cualquiera sea la clase. Una vez que se haya ingresado toda la información obligatoria deberá dar por confirmado el trámite y de este modo dará inicio de la gestión de la certificación.
- Ingresar nuevo trámite de CMA RENOVACION**
Elegir esta opción para la renovación de clases existentes. Una vez que se haya ingresado toda la información obligatoria deberá dar por confirmado el trámite y de este modo dará inicio de la gestión de la certificación.
- Ingresar nuevo trámite de CMA ESPECIAL**
Elegir esta opción para todo exámen que no sea inicial ni renovación. Por ejemplo: después de un accidente. Una vez que se haya ingresado toda la información obligatoria deberá dar por confirmado el trámite y de este modo dará inicio de la gestión de la certificación.
- Bandeja de trámites de CMA.**
Desde aquí podrá consultar, modificar o anular un trámite de Certificación Médica Aeronáutica, cuya información haya sido ingresada en forma completa o parcial.

At the bottom of the page, it says 'Copyright ©2014 Administración Nacional de Aviación Civil'.

El nuevo trámite en todos los casos es muy similar. Al ingresar por cualquiera de las opciones *Ingresar* se generará un nuevo trámite cada vez.

Por medio de la opción *Bandeja de Trámites de CMA*, se podrá modificar o consultar los trámites ingresados.

Los trámites pueden ser modificados mientras no estén *confirmados* o *anulados*, es decir únicamente se podrán modificar si su estado es *incompleto* o *completo*.

Luego de iniciar un trámite, puede guardar los datos ingresados, modificarlos o completarlos en otra oportunidad. Esto lo puede hacer en tanto no confirme el trámite.

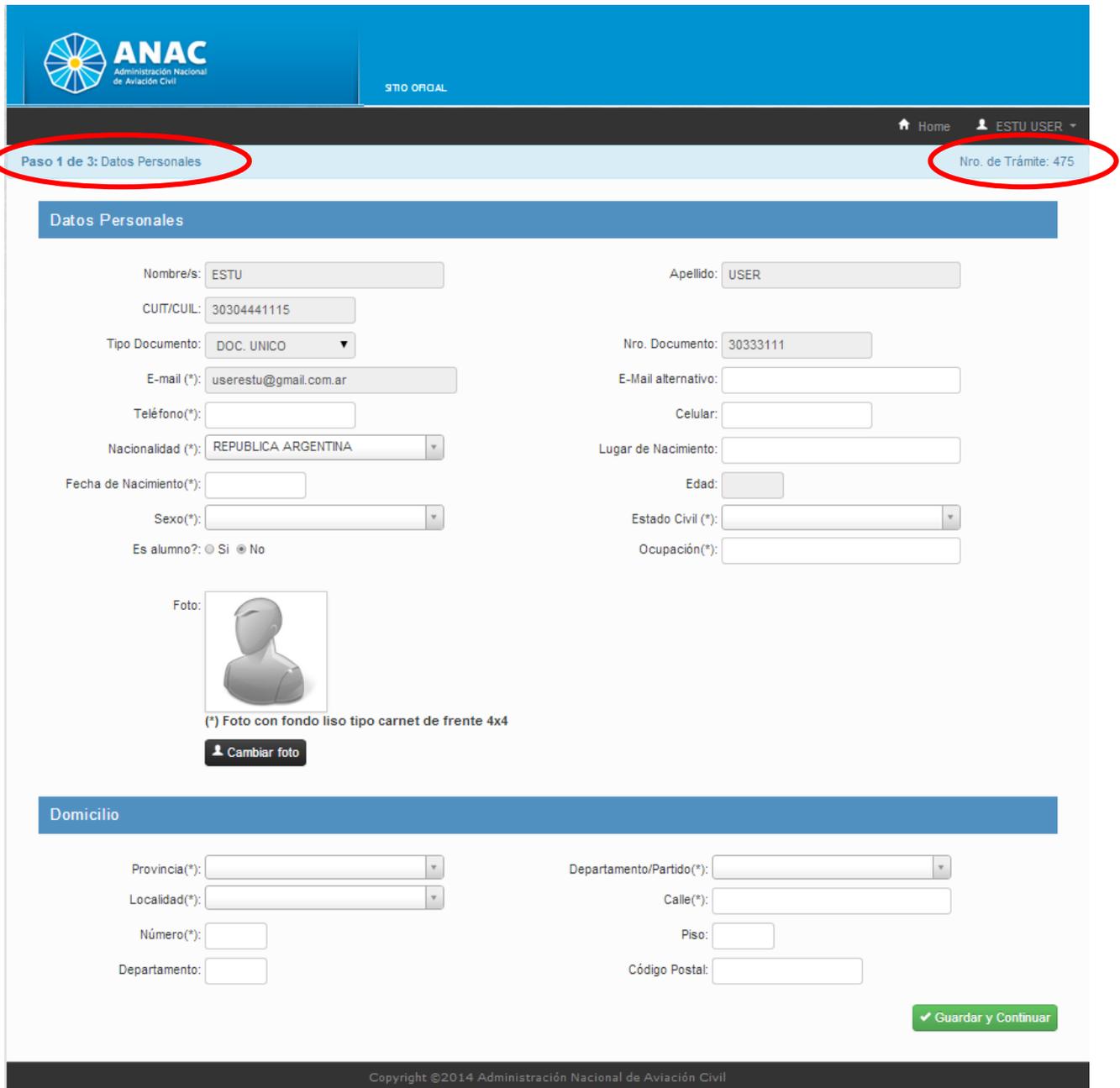
En la carga de datos, los campos que están acompañados por (*) son campos obligatorios. Al guardar se valida que no falte ingresar ningún campo obligatorio.

Ingresar nuevo trámite

Cada trámite consta de 3 partes:

- Datos personales
- Datos profesionales
- Datos médicos personales

Datos personales



ANAC Administración Nacional de Aviación Civil

STIO OFICIAL

Home ESTU USER

Paso 1 de 3: Datos Personales Nro. de Trámite: 475

Datos Personales

Nombre/s: ESTU Apellido: USER

CUIT/CUIL: 30304441115

Tipo Documento: DOC. UNICO Nro. Documento: 30333111

E-mail (*): userestu@gmail.com.ar E-Mail alternativo:

Teléfono(*): Celular:

Nacionalidad (*): REPUBLICA ARGENTINA Lugar de Nacimiento:

Fecha de Nacimiento(*): Edad:

Sexo(*): Estado Civil (*):

Es alumno?: Si No Ocupación(*):

Foto: 

(*) Foto con fondo liso tipo carnet de frente 4x4

[Cambiar foto](#)

Domicilio

Provincia(*): Departamento/Partido(*):

Localidad(*): Calle(*):

Número(*): Piso:

Departamento: Código Postal:

[Guardar y Continuar](#)

Copyright ©2014 Administración Nacional de Aviación Civil

Datos Personales - 1

Se genera un *número de trámite* identificatorio.

Se muestran automáticamente los datos ingresados cuando realizo el autoregistro.



La primera vez que ingresa un trámite es necesario tener una *foto digitalizada* para agregar.

Los datos a completar son:

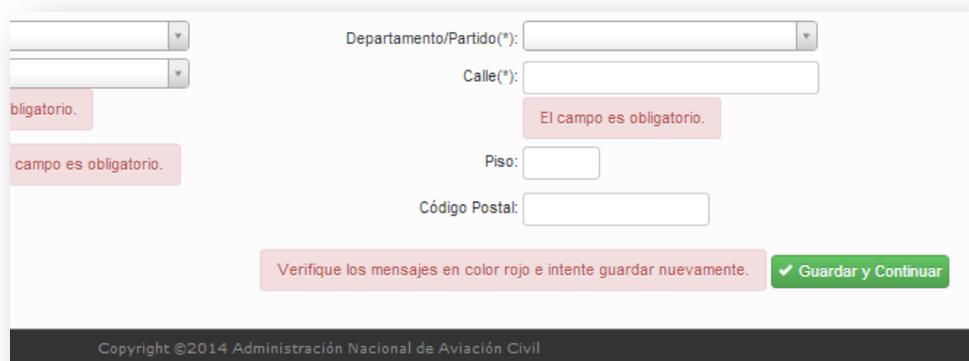
- Mail, si no está cargado
 - Mail alternativo del solicitante
- Teléfono fijo del solicitante
 - Celular del solicitante
- Nacionalidad que corresponda al solicitante.
 - Lugar de nacimiento del solicitante
- Fecha de nacimiento, especificar: día/mes/año del día de su nacimiento.
- Sexo
- Estado civil: Completar con la opción que corresponda: soltero, casado, divorciado ó viudo.
- ¿Es alumno?, indicar si el solicitante es o no alumno
- Ocupación a la que se dedica el solicitante
- Foto, subir una foto del solicitante
- Domicilio, deberá ingresar provincia, departamento/partido, localidad, calle, numero, piso departamento código postal, según coincida con el documento, y pueda recibir correspondencia.

Cambiar foto

Al elegir cambiar foto aparece la ventana de explorar carpetas para elegir la foto y luego hacer click en abrir.

Guardar y continuar

En el caso que falte ingresar algún campo obligatorio (*) y se elige guardar y continuar se mostraran carteles en rojo indicándolo y no se guardaran los datos.

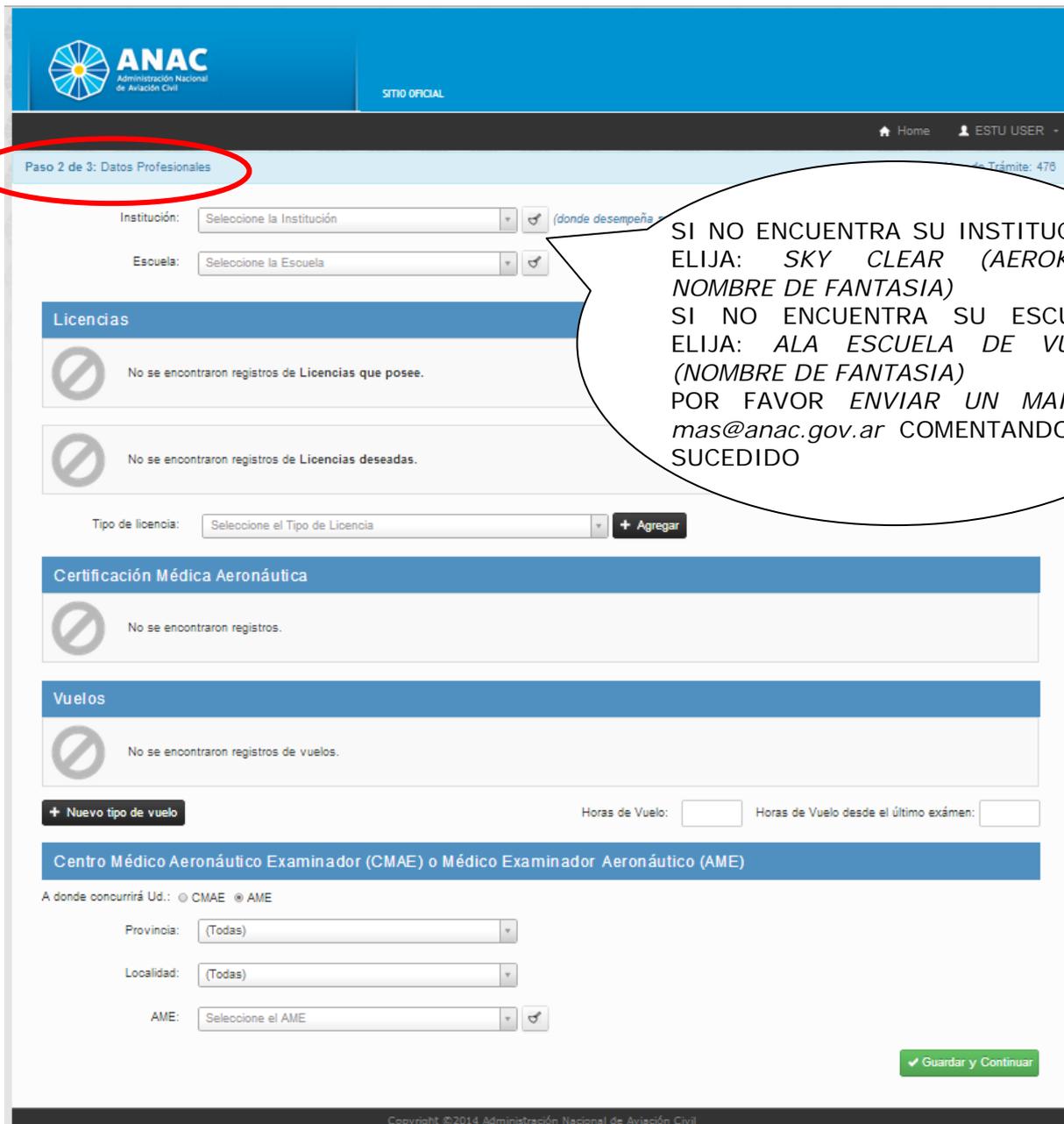


The screenshot shows a web form with several fields and validation messages. The fields are: Departamento/Partido(*), Calle(*), Piso, and Código Postal. The validation messages are: "obligatorio." (next to the first dropdown), "campo es obligatorio." (next to the second dropdown), and "El campo es obligatorio." (next to the Calle field). A green button labeled "Guardar y Continuar" is visible at the bottom right. A message at the bottom of the form reads: "Verifique los mensajes en color rojo e intente guardar nuevamente." The footer of the page says "Copyright ©2014 Administración Nacional de Aviación Civil".

Después de completar los datos elegir **“Guardar y Continuar”**.

Luego, puede continuar con el paso 2 – Datos profesionales.

Datos profesionales



ANAC Administración Nacional de Aviación Civil SITIO OFICIAL

Home ESTU USER Trámite: 476

Paso 2 de 3: Datos Profesionales

Institución: Seleccione la Institución (donde desempeña su actividad)

Escuela: Seleccione la Escuela

Licencias

No se encontraron registros de Licencias que posee.

No se encontraron registros de Licencias deseadas.

Tipo de licencia: Seleccione el Tipo de Licencia + Agregar

Certificación Médica Aeronáutica

No se encontraron registros.

Vuelos

No se encontraron registros de vuelos.

+ Nuevo tipo de vuelo Horas de Vuelo: Horas de Vuelo desde el último examen:

Centro Médico Aeronáutico Examinador (CMAE) o Médico Examinador Aeronáutico (AME)

A donde concurrirá Ud.: CMAE AME

Provincia: (Todas)

Localidad: (Todas)

AME: Seleccione el AME

Guardar y Continuar

Copyright ©2014 Administración Nacional de Aviación Civil

SI NO ENCUENTRA SU INSTITUCION
ELIJA: SKY CLEAR (AEROKERN
NOMBRE DE FANTASIA)
SI NO ENCUENTRA SU ESCUELA
ELIJA: ALA ESCUELA DE VUELO
(NOMBRE DE FANTASIA)
POR FAVOR ENVIAR UN MAIL A
mas@anac.gov.ar COMENTANDO LO
SUCEDIDO

Esta ventana consta de 5 sectores:

- Institución en la cual desempeña su actividad
- Licencias que posee y que desea
- Habilitación para la cual solicita CMA
- Horas y tipo de vuelo
- Centro médico - CMA o AME al cual va a concurrir.

Los datos a completar son:

- **Institución:** Si el solicitante perteneciera a una institución aerodeportiva o desempeña las funciones que le permite ejercer su licencia para una empresa aerocomercial, consignar el nombre completo de la misma. Al ingresar los 3 primeros caracteres se despliega una lista de opciones.
Si el solicitante es un estudiante deberá especificar la escuela.
- **Licencias:**
 - **Licencias que posee:** son las licencias que el usuario ya posee, aparecen automáticamente.
 - **Licencias deseadas:** son los tipos de licencias que el usuario desea obtener, para las cuales se debe realizar el examen. Se elige la licencia y luego se presiona la opción **“Agregar”**.
- **Certificación Médica aeronáutica:** según las licencias (que posee y desea) se listaran las clases que debe seleccionar para la actual CMA



- **Vuelos:** opcionalmente, se deberá indicar Aeronave/es que vuela actualmente y deberá aclarar si realiza vuelo acrobático, recreativo, comercial, agro-aéreo, etc.



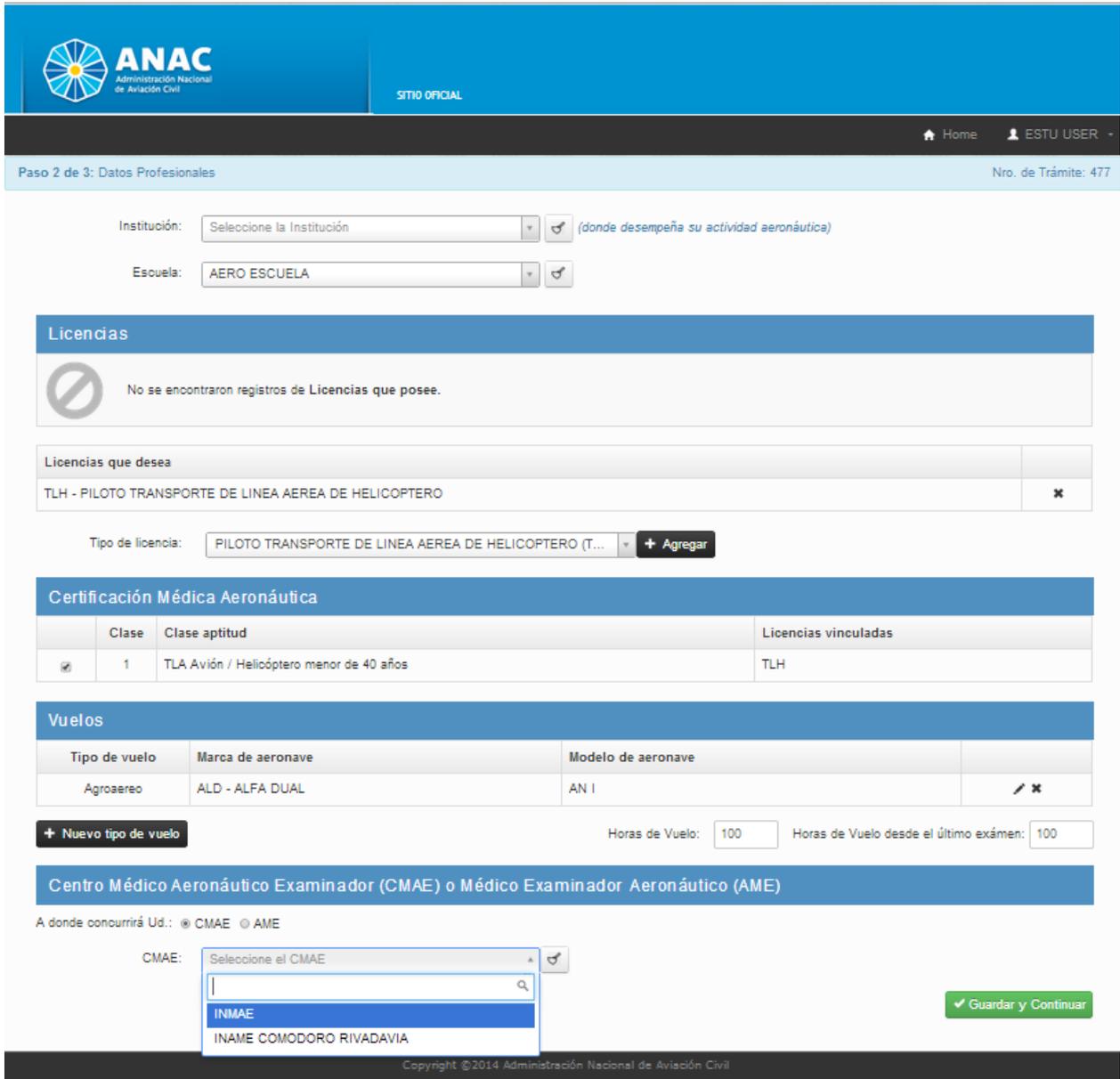
- **Horas de vuelo:** Consignar las que figuran en su libro de vuelo
- **Horas de vuelo desde el último examen:** Igual que el punto anterior, pero las voladas desde su última Certificación Médica Aeronáutica.
- **Centro Médico Aeronáutico Examinador (CMAE) o Médico Examinador Aeronáutico (AME):** Debe completarse con el nombre del Centro Médico Aeronáutico donde se realizará la Evaluación Médica Aeronáutica o bien el nombre y apellido del AME, que realice dicho examen.

Para la selección del AME se cuenta con la ayuda de provincia localidad y solo se seleccionará por los AME de dicha localidad.

La primera vez que solicita una CMA se deberá elegir un CMAE.



Ejemplo de ingreso de datos:



ANAC Administración Nacional de Aviación Civil SITIO OFICIAL

Home ESTU USER

Paso 2 de 3: Datos Profesionales Nro. de Trámite: 477

Institución: Seleccione la Institución (donde desempeña su actividad aeronáutica)

Escuela: AERO ESCUELA

Licencias

No se encontraron registros de Licencias que posee.

Licencias que desea

Licencia	Acción
TLH - PILOTO TRANSPORTE DE LINEA AEREA DE HELICOPTERO	✕

Tipo de licencia: PILOTO TRANSPORTE DE LINEA AEREA DE HELICOPTERO (T...) + Agregar

Certificación Médica Aeronáutica

Clase	Clase aptitud	Licencias vinculadas
<input checked="" type="checkbox"/>	1 TLA Avión / Helicóptero menor de 40 años	TLH

Vuelos

Tipo de vuelo	Marca de aeronave	Modelo de aeronave	Acción
Agrosereo	ALD - ALFA DUAL	AN I	✎ ✕

+ Nuevo tipo de vuelo Horas de Vuelo: 100 Horas de Vuelo desde el último examen: 100

Centro Médico Aeronáutico Examinador (CMAE) o Médico Examinador Aeronáutico (AME)

A donde concurrirá Ud.: CMAE AME

CMAE: Seleccione el CMAE

- INMAE
- INAME COMODORO RIVADAVIA

Guardar y Continuar

Copyright ©2014 Administración Nacional de Aviación Civil

Después de completar los datos elegir “**Guardar y Continuar**”.

Luego, puede continuar con el paso 3 – Datos médicos personales.

Datos médicos personales

Declaración jurada de datos médicos del usuario.



En esta ventana deberá seleccionar - click - *si alguna vez padeció o padece* alguna de las enfermedades consignadas. Si hubo alguna patología diferente que involucró a dicho aparato, se agrega en el campo *Otros*.


SITIO OFICIAL

Home ESTU USER

Paso 3 de 3: Datos Médicos
Nro. de Trámite: 477

Antecedentes médicos personales

Marcar únicamente si padeció o padece alguno de los ítems que se detallan a continuación

<div style="background-color: #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">APARATO RESPIRATORIO</div> <p>Neumonía <input type="checkbox"/></p> <p>Bronquitis crónica-EPOC <input type="checkbox"/></p> <p>Asma <input type="checkbox"/></p> <p>Neumotórax <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p>Otros <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
<div style="background-color: #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">ALERGIAS</div> <p>Alergias <input type="checkbox"/></p>	<div style="background-color: #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">TRAUMATOLOGÍA</div> <p>Fracturas/ Esguinces/ Heridas <input type="checkbox"/></p> <p>Artritis/Artrosis <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas cervicales <input type="checkbox"/></p> <p>Lumbalgia <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
<div style="background-color: #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">OTORRINOLARINGOLOGIA</div> <p>Otitis <input type="checkbox"/></p> <p>Sinusitis <input type="checkbox"/></p> <p>Anginas a repetición <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<div style="background-color: #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">NEUROLOGIA</div> <p>Pérdida de conocimiento <input type="checkbox"/></p> <p>Trastornos de memoria <input type="checkbox"/></p> <p>Epilepsia <input type="checkbox"/></p> <p>Traumatismos de cráneo <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
<div style="background-color: #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">CARDIOVASCULAR</div> <p>Hipertensión arterial <input type="checkbox"/></p> <p>Hipotensión arterial <input type="checkbox"/></p> <p>Palpitaciones <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor de pecho <input type="checkbox"/></p> <p>Infarto miocardio <input type="checkbox"/></p> <p>Várices <input type="checkbox"/></p> <p>Hemorroides <input type="checkbox"/></p> <p>Trombosis Venosa Profunda <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<div style="background-color: #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">OFTALMOLOGIA</div> <p>Cirugía ocular <input type="checkbox"/></p> <p>Usa anteojos/Lent. contacto <input type="checkbox"/></p> <p>Glaucoma <input type="checkbox"/></p>
<div style="background-color: #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">HEMATOLOGIA</div> <p>Anemia <input type="checkbox"/></p> <p>Trastornos de la coagulación <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<div style="background-color: #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">PSICOLOGIA/PSIQUIATRIA</div> <p>Tras. obsesivo compulsivo <input type="checkbox"/></p> <p>Depresión <input type="checkbox"/></p> <p>Angustia <input type="checkbox"/></p> <p>Ansiedad <input type="checkbox"/></p> <p>Alucinaciones <input type="checkbox"/></p> <p>Esquizofrenia <input type="checkbox"/></p> <p>Psicosis <input type="checkbox"/></p> <p>Enf. bipolar <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
<div style="background-color: #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">ENDÓCRINO-METABÓLICO</div> <p>Diabetes <input type="checkbox"/></p> <p>Tiroides <input type="checkbox"/></p> <p>Hipercolesterolemia <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<div style="background-color: #ccc; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">SOLO PARA MUJERES</div> <p>Alteraciones menstruales <input type="checkbox"/></p> <p>Está embarazada? <input type="checkbox"/></p> <p>Toma anticonceptivos? <input type="checkbox"/></p> <p>Ha tenido embarazos? <input type="checkbox"/></p>

PATOLOGIA DIGESTIVAS		Ha tenido abortos? <input type="checkbox"/>
Gastritis <input type="checkbox"/>		Otros <input type="text"/>
Úlcera <input type="checkbox"/>		HABITOS
Reflujo Gastroesofágico <input type="checkbox"/>		Alcohol (Cant Vasos) <input type="text"/>
Otros <input type="text"/>		Tabaco (Cant.) <input type="text"/>
URINARIO		Drogas <input type="checkbox"/>
Infecciones urinarias a repetición <input type="checkbox"/>		Otros <input type="text"/>
Cálculos renales <input type="checkbox"/>		ANTEC. FAMILIARES
Otros <input type="text"/>		Enfermedades cardíacas <input type="checkbox"/>
INFECCIOSAS		Hipertensión arterial <input type="checkbox"/>
Chagas <input type="checkbox"/>		Hipercolesterolemia <input type="checkbox"/>
Tuberculosis <input type="checkbox"/>		Diabetes <input type="checkbox"/>
Sífilis <input type="checkbox"/>		Epilepsia <input type="checkbox"/>
HIV <input type="checkbox"/>		Trastornos mentales <input type="checkbox"/>
Uretritis <input type="checkbox"/>		Tuberculosis <input type="checkbox"/>
Herpes genital <input type="checkbox"/>		Alcoholismo <input type="checkbox"/>
Micosis genital <input type="checkbox"/>		Tabaquismo <input type="checkbox"/>

Hospitalización

Fue admitido en algún centro médico desde su último psicoofísico? Sí No

Concurrió a su médico de cabecera desde su último psicoofísico? Sí No

Toma actualmente alguna medicación? Sí No
 Si su respuesta fue sí, especifique droga

Antecedentes médicos aeronáuticos

¿Alguna vez fue tratado por el Comité de Aptitud y Dispensa? Sí No
 ¿Por qué causas?

¿Alguna vez fue denegado suspendido o revocado su CMA? Sí No
 ¿Por qué causas?

¿Tuvo algún incidente o accidente de aviación desde su último CMA? Sí No

Descripción breve del accidente (*):

Fecha del accidente (*):

Lugar del accidente (*):

Copyright ©2014 Administración Nacional de Aviación Civil

Los datos a completar son:

- **Aparato Respiratorio:** Si el solicitante tiene conocimiento de padecer alguna enfermedad, deberá especificar manifestación clínica y qué es lo que desencadena el cuadro si es que lo conoce, en el apartado Otros.
- **Alergias:** Si el solicitante tiene conocimiento de padecer alguna alergia.
- **Otorrinolaringología:** señalar según se haya padecido o no de alguna de las patologías especificadas, y si existió alguna otra consignarla en el apartado Otros.
- **Cardiovascular:** Hipertensión arterial se considerará aquella superior a 140/90. Hipotensión arterial que le haya impedido continuar con las actividades habituales diarias. Infarto agudo de miocardio o dolores de pecho de origen en patología coronaria. Varices de cualquier localización que provoquen

sintomatología capaz de imposibilitar el normal desempeño de funciones. Las hemorroides son un tipo de várices.

- **Hematología:** En este apartado debe quedar consignado si ha tenido anemias sintomáticas que pueden deberse a pérdidas de sangre, o falta de aportes de los elementos necesarios para suplir los requerimientos de oxígeno, o bien por defectos en la hemoglobina como son las anemias del mediterráneo. Asimismo si padece de algún trastorno de la coagulación: hemofilia, coagulopatías, etc.
- **Endócrino-Metabólico:** En el apartado referente a Diabetes si se responde positivamente se deberá aclarar en el apartado Otros.
- En tiroides si el solicitante padece tanto de hipo, hipertiroidismo o algún tipo de tiroiditis que amerite recibir medicación en forma permanente.
- Se deberá consignar en el apartado Otros: el Tipo de Diabetes, I ó II. Si se ha detectado algún indicio de dislipemia, o niveles altos de colesterol, tipo y que medicación recibe.
- **Patología digestiva:** Solo se mencionan en este apartado las patologías más frecuentes, debiendo consignarse en el apartado Otros, y especificar patología en el nro.41, si se ha padecido o padece de litiasis biliar, divertículos, pólipos, colon irritable, enf. de Crohn, patología tumoral en alguno de los segmentos del tubo digestivo.
- **Urinario:** Solo se mencionan los cuadros más frecuentes, pero si existiera alguno diferente, consignarlo en el apartado Otros.
- **Infecciosas:** En este apartado se deberá dejar bien aclarado si se padeció o padece alguna enfermedad de origen infeccioso como las que se mencionan u otras menos frecuentes.
- **Traumatología:** Deberá dejarse asentado en apartado Otros, y especificar patología si hay antecedentes de politraumatismo con o sin pérdida de conocimiento. Si padece algún tipo de artritis o artrosis de cualquier etiología, como así también problemas a nivel cervical y/o lumbar.
- **Neurología:** En éste apartado se deberá consignar si padece o padeció alguna de las situaciones mencionadas, si existiera alguna patología no mencionada, deberá marcarla en el apartado Otros.
- **Oftalmología:** En éste apartado se deberá consignar si padece o padeció alguna de las situaciones mencionadas, si existiera alguna patología no mencionada, deberá marcarla en el apartado Otros.
- **Psicología/Psiquiatría:** Si se responde afirmativamente se deberá aclarar patología, tratamiento medicamentoso que se recibió o recibe, así como si está bajo psicoterapia. Si existiera alguna patología no mencionada, deberá marcarla en el apartado Otros
- **Solo para mujeres:** Consignar si padece de alteraciones menstruales y si ello amerita tratamiento. Si existiera alguna patología no mencionada, deberá marcarla en el apartado Otros. Si su respuesta es afirmativa para embarazos y/o abortos aclarar cantidad en el apartado otros.
- **Hábitos:** Si es afirmativa la respuesta respecto a alcohol, consignar en el apartado otro la cantidad de vasos o ml diarios. Si es afirmativa respecto a tabaquismo, consignar cantidad de cigarrillos diarios y en el apartado otros desde que edad fuma.

- **Antecedentes familiares:** Es importante que Ud. Declare los antecedentes familiares para que su médico evaluador pueda ayudarlo en la prevención de dichos eventos que pudieran interferir con el normal desempeño de sus funciones aeronáuticas
- **Hospitalización:** Atendiendo a la RAAC 67.5 (f), se deberá avisar a la autoridad médico aeronáutica si ha sido admitido en un centro médico por más de 24 horas, sea cual fuere la causa. Respecto a la medicación, el médico evaluador debe tener conocimiento de cuál es la medicación que el personal aeronáutico recibe habitualmente o en forma crónica para aconsejar o desaconsejar su uso por los efectos secundarios que pudieran interferir con el desempeño seguro de las funciones que desarrolla.
- **Antecedentes Médicos Aeronáuticos:** Completando estos casilleros dará oportunidad al médico evaluador para controlar exhaustivamente las causas que llevaron a tratar su caso en Comité, o bien si fue partícipe de un accidente/incidente en el que estuviera involucrada alguna razón médica poder evaluar ese campo.

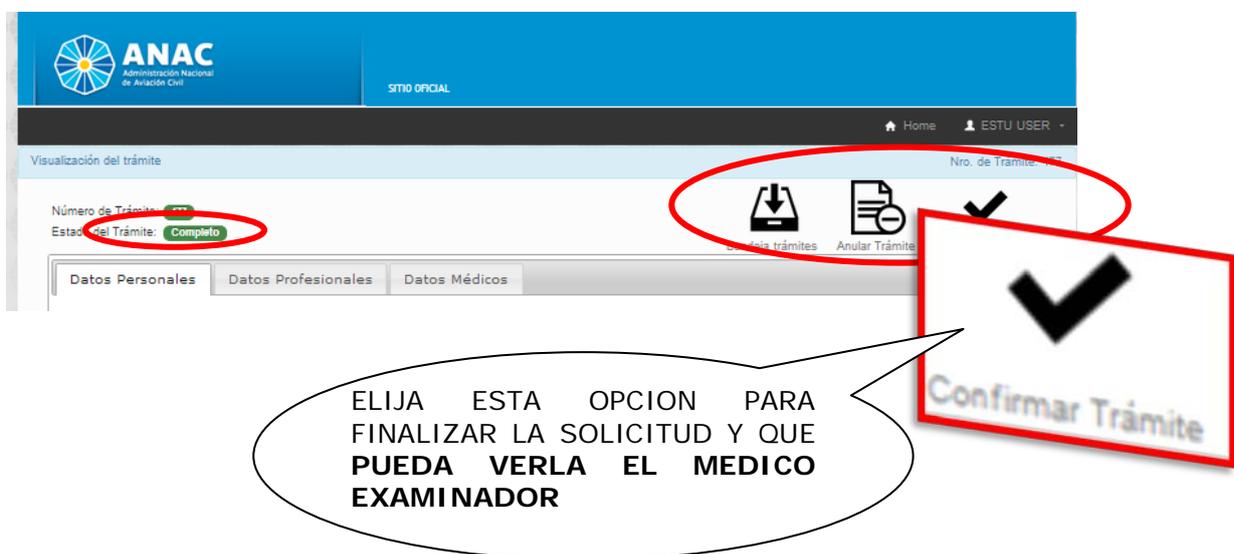
Después de “Guardar y Continuar” el trámite queda en estado completo, el mismo podrá ser modificado hasta que sea confirmado.

Si por algún motivo no se llega a esta instancia el trámite quedará grabado en estado *incompleto* y podrá ser modificado para ser completado y luego confirmado.



Una vez iniciado y completado el trámite se visualizan las mismas solapas pero aparecen otros botones de acción:

- Anular el trámite
- Confirmar el trámite
- Ir a la bandeja de entrada de tramites



Visualización del trámite

Número de Trámite: [redacted]

Estado del Trámite: **Completo**

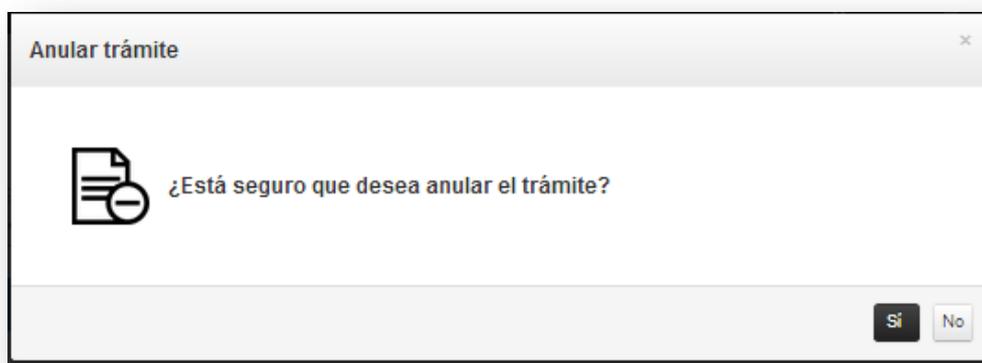
Acciones: [Ir a trámites] [Anular Trámite] **Confirmar Trámite**

ELIJA ESTA OPCION PARA FINALIZAR LA SOLICITUD Y QUE PUEDA VERLA EL MEDICO EXAMINADOR

Anular un trámite

Si el trámite está incompleto o completo, pero no confirmado, se lo puede anular, siempre que se vea el botón correspondiente a dicha acción.

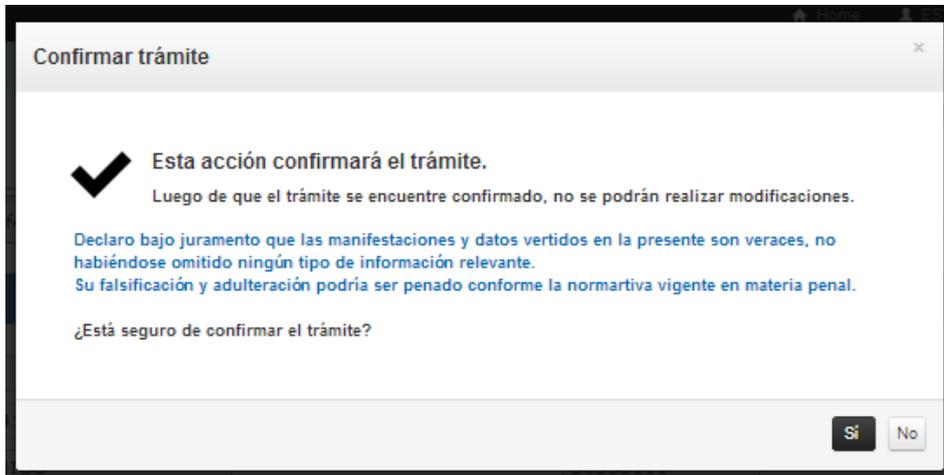
Una vez elegido el botón de anular se muestra una ventana de confirmación.



Confirmar un trámite

Únicamente si el trámite esta *completo* se lo puede confirmar.

Se muestra una ventana de confirmación y *aceptación de veracidad* de los datos ingresados.

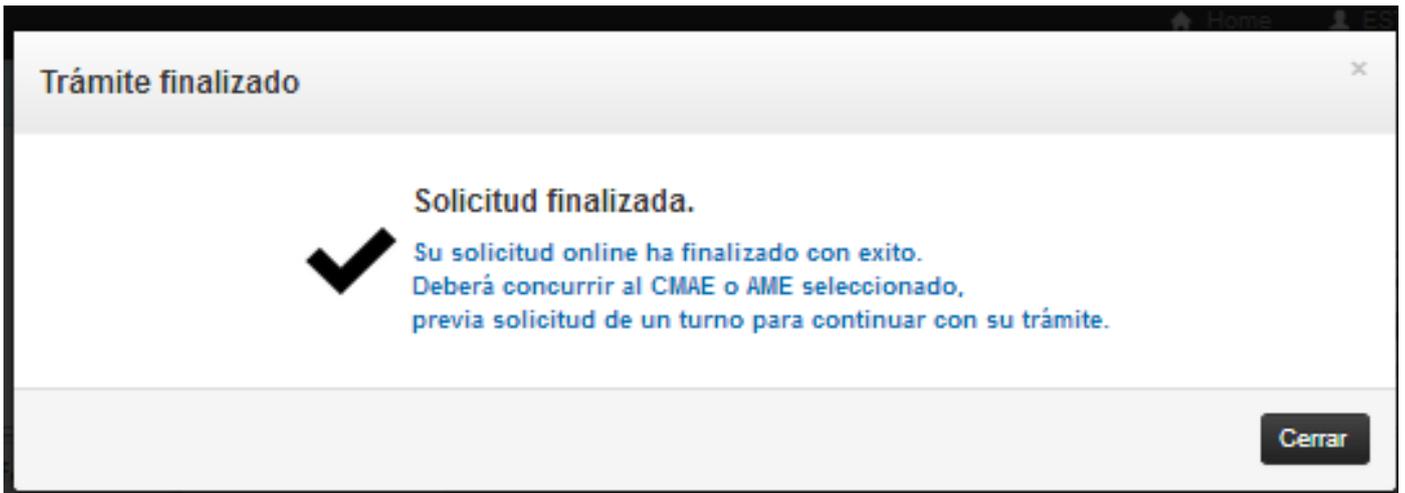


Confirmar trámite

✓ **Esta acción confirmará el trámite.**
Luego de que el trámite se encuentre confirmado, no se podrán realizar modificaciones.

Declaro bajo juramento que las manifestaciones y datos vertidos en la presente son veraces, no habiéndose omitido ningún tipo de información relevante.
Su falsificación y adulteración podría ser penado conforme la normartiva vigente en materia penal.

¿Está seguro de confirmar el trámite?



Trámite finalizado

✓ **Solicitud finalizada.**
Su solicitud online ha finalizado con éxito.
Deberá concurrir al CMAE o AME seleccionado,
previa solicitud de un turno para continuar con su trámite.

Ejemplo de visualización de trámite confirmado.

Visualización del trámite

Número de Trámite: 477
Estado de Trámite: Confirmado

Nro. de Trámite: 477
Bandeja trámites

Datos Personales

Nombre/s: ESTU Apellido: USER
CUIT/CUIL: 30304441115
Tipo Documento: DOC. UNICO Nro. Documento: 30333111
E-mail: userestu@gmail.com.ar E-Mail alternativo:
Teléfono: 01148232323 Celular:
Nacionalidad: REPUBLICA ARGENTINA Lugar de Nacimiento:
Fecha de Nacimiento: 01/02/1980 Edad: 34 año
Sexo: MASCULINO Estado Civil: SIN DATOS
Es alumno?: Si No Ocupación: Hago algo

Foto:

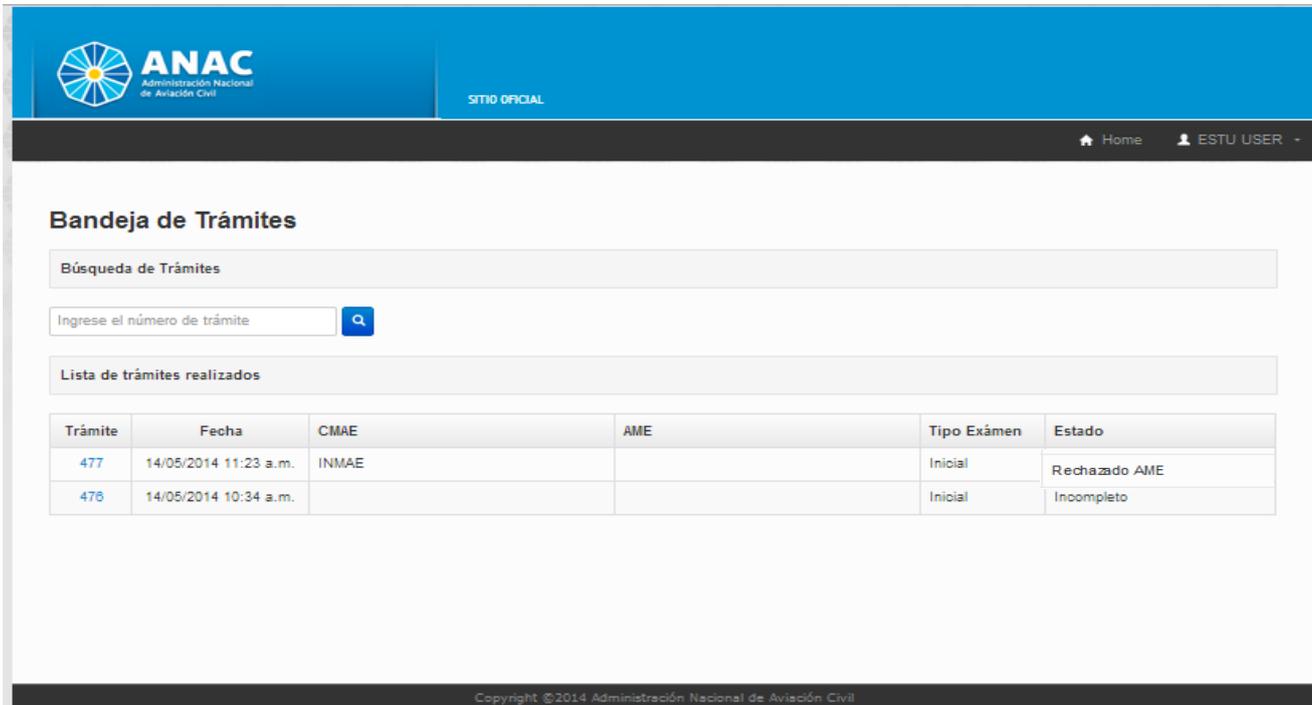
Domicilio

Provincia: CIUDAD DE BUENOS AIRES Departamento/Partido: CIUDAD DE BUENOS AIRES
Localidad: ALMAGRO Calle: Bulnes
Número: 504 Piso:
Departamento: Código Postal:

Copyright ©2014 Administración Nacional de Aviación Civil

Bandeja de trámites de CMA

Mediante esta opción se muestra un listado de trámites realizados y se puede buscar un determinado trámite.



Bandeja de Trámites

Búsqueda de Trámites

Ingrese el número de trámite

Lista de trámites realizados

Trámite	Fecha	CMAE	AME	Tipo Exámen	Estado
477	14/05/2014 11:23 a.m.	INMAE		Inicial	Rechazado AME
476	14/05/2014 10:34 a.m.			Inicial	Incompleto

Copyright ©2014 Administración Nacional de Aviación Civil

Lista de trámites realizados

Se puede editar y/o consultar un trámite.

Si el trámite se encuentra *confirmado* únicamente se lo puede *consultar*.

Si se *anulo* un trámite ya no se visualiza.

Si el trámite se encuentra *completo* o *incompleto* se lo puede *editar* para su modificación.

Estado de los trámites:

- Incompleto: se inicio un trámite y no se ingresaron todos los datos, se puede editar
- Completo: se inicio un trámite y se guardaron todos los datos, se puede editar
- Confirmado: un trámite completo que se confirmó, no se puede editar
- Rechazado por AME: puede suceder que el AME elegido no pueda tomar el trámite y entonces lo rechaza. Tiene que iniciar un nuevo trámite.

Al hacer *click* sobre el número de trámite, que dependiendo del estado se podrá modificar o consultar, se accede a ventanas similares al inicio de trámite.

Si el estado permite la modificación aparecerá el cartel **modificar** al pie de la ventana para ingresar al modo edición. En el caso que únicamente se consulte no aparecerá ningún cartel.

En el caso que el trámite este completo, en la parte superior de la ventana se visualizara la opción de **confirmar trámite**.