



MEDIF

FORMULARIO STANDARD DE INFORMACIÓN MEDICA PARA EL VIAJE AEREO

1ª PARTE

Para ser completado por OFICINA DE VENTAS / AGENTES

Responda TODAS las preguntas. Marque una cruz(x) en los casilleros "SI" o "NO". Use LETRA TIPO IMPRENTA o MÁQUINA DE ESCRIBIR

A	NOMBRE COMPLETO				EDAD	
B	ITINERARIO PROPUESTO	Desde	Hacia	Fecha	PNR(Código de Reserva)	Las transferencias de un vuelo a otro requieren MAYOR tiempo de conexión
C	OFICINA O AGENCIA			Teléfono		
D	¿NECESITA SILLA DE RUEDAS?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿PUEDE DESPLAZARSE POR SÍ SOLO DISTANCIAS CORTAS?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Las sillas de ruedas con baterías líquidas son consideradas "Artículos Restringidos" y son permitidas en aviones de pasajeros, bajo ciertas condiciones las que pueden obtenerse de la Cia Aérea. Además, algunos países pueden imponer restricciones específicas.	
E	ACOMPAÑANTE PROPUESTO (nombre, sexo, edad, Profesión u oficio, segmentos en caso de ser diferente al del pasajero. En caso de persona no calificada anote ACOMPAÑANTE DE VIAJE)				En caso de pasajeros con discapacidad visual o auditiva, indique si viaja con perro de asistencia.	
F	EL PASAJERO ES RESPONSABLE DE CONTRATAR LOS SERVICIOS DE TRASLADO PARA EMBARQUE/ DESEMBARQUE, DESDE/HACIA LA AMBULANCIA HASTA EL ASIENTO DEL AVIÓN		Especifique Compañía de Ambulancias:			
			Teléfono Contacto Ambulancias:			
				Especifique dirección en destino:		
G	NECESIDAD DE OTROS PREPARATIVOS EN TIERRA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Caso Positivo ESPECIFIQUE e indique más abajo en cada ítem (a) Convenio con la Compañía Aérea u otra organización, (b) Quién absorbe el GASTO y (c) Número de teléfono(s) y direcciones donde corresponda o cualquier persona en particular designada para prestar asistencia al pasajero.			
	1 Preparativos para la entrega en el Aeropuerto de SALIDA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique			
	2 Preparativos para asistencia en PUNTOS DE CONEXIÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique			
	3 Preparativos para asistencia en PUNTOS DE LLEGADA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique			
	4 Otros preparativos o Información Importante	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique			
		Posee tarjeta Fremec Vigente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
H	REQUERIMIENTOS ESPECIALES EN VUELO tales como comidas especiales, asiento especial para descanso de las piernas, asiento(s) extra(s), equipo especial, etc. (Vea "Nota" al pie de la 2da parte, al reverso)		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique		

DECLARACION DEL PASAJERO

Yo autorizo al Dr. _____ a proporcionar a las Compañías Aéreas información requerida por sus Departamentos médicos con el fin de determinar mi aptitud para el transporte aéreo y en consecuencia relevo al médico de sus obligaciones éticas al respecto y acuerdo cancelar a dicho médico los honorarios respectivos.

Estoy consciente que si el transporte es aceptado, mi viaje está sujeto a las condiciones generales de transporte y tarifas de la Compañía Transportadora y que el transportador no asume ninguna responsabilidad que exceda dichas condiciones y tarifas. Asumo la responsabilidad a mi propio riesgo de cualquier consecuencia que el transporte por aire pueda afectar mi estado de salud y relevo al Transportador, sus empleados y Agentes de cualquier responsabilidad por tales consecuencias.

Acuerdo reembolsar al Transportador a su demanda, cualquier gasto especial o costos en conexión con mi transporte.

Acepto que la línea aérea me puede negar el embarque si mi condición no fuera coincidente con los datos entregados o si mi embarque pudiera poner en riesgo mi salud, la de los demás pasajeros o la operación del vuelo.

Importante:

La no presentación de un pasajero en camilla sin aviso para el vuelo en que tenía la reserva, tendrá una penalización del 100% del valor del boleto adquirido. (Donde sea necesario debe ser leído por el/la pasajero(a), fechado y firmado por él o en su nombre).

Lugar	Fecha	Firma del Pasajero	Teléfono Contacto



MEDIF

HOJA DE INFORMACIÓN MÉDICA

(Sólo para uso oficial)

2a

PARTE

Para ser completado por EL MEDICO TRATANTE

Este formulario tiene por objeto proporcionar la información necesaria que permita a los Departamentos Médicos de las Líneas Aéreas evaluar las condiciones del pasajero para el viaje. Si el pasajero es aceptado, información permitirá impartir las instrucciones necesarias tendientes a proporcionar al pasajero un máximo de bienestar y comodidad. Al MEDICO TRATANTE, se le solicita CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS, marcando con una cruz (X) en el respectivo casillero "SI" o "NO" y/o entregar respuestas concisas y precisas.

ESTE FORMULARIO DEBE SER REMITIDO A
CENTRO DE CONTROL RESERVAS
24 HORAS PREVIAS AL VIAJE Fax: 562-687 2886

RECOMENDAMOS COMPLETAR EL FORMULARIO USANDO LETRA TIPO IMPRENTA O MAQUINA

(Oficina Designada del Transportador)

Código de Referencia de las Compañías Aéreas MEDA 01	NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE		
	SEXO	EDAD	
MEDA 02	NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE		
	RUT / ID / DNI	ESPECIALIDAD	
	DIRECCIÓN		
	FONO CONTACTO -CASA	OTRO FONO	
MEDA 03	INFORME MÉDICO -DIAGNÓSTICO detallado -Día, mes, año de los primeros síntomas.	Fecha del diagnóstico o tiempo de evolución	
MEDA 04	PROGNOSIS PARA EL VIAJE	Riesgo Vital	Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/>
MEDA 05	¿Sufre enfermedad contagiosa y transmisible?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique:
	Fecha inicio enfermedad		
MEDA 06	El paciente, asociado al diagnóstico anteriormente indicado, presenta alguna situación significativa respecto a	Control de Esfinter	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Conducta SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Otros SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MEDA 07	El paciente, ¿puede usar un asiento normal de la aeronave con el respaldo colocado en posición VERTICAL, cuando sea requerido así?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Requiere camilla SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MEDA 08	El paciente es independiente para:	Comer SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ir al baño SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Otros SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique:
MEDA 09	En caso de viajar ACOMPAÑADO, señale el tipo de acompañante propuesto por usted. (* Condición apta física y mental para desenvolverse en la cabina de un avión y prestar asistencia a un pasajero en condiciones de emergencia o servicio (fisiológicas y de alimentación)	Cualquier adulto sicofísicamente (*) apto <input type="checkbox"/>	
		Profesional de salud (médico u otro) <input type="checkbox"/> Especificar _____	
		Otro <input type="checkbox"/> Especificar _____	
MEDA 10	El paciente, ¿Necesita equipo de OXIGENO en vuelo?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Litros/min. _____ ¿ Se puede desconectar por un lapso breve el O2 en caso de necesidad? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MEDA 11	Por favor entregar listado de medicación farmacológica del paciente.	(a) En TIERRA mientras permanece en el/los Aeropuerto(s).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especifique:
MEDA 12	Todos los medicamentos son de exclusiva responsabilidad del paciente.	(b) A BORDO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especifique:
MEDA 13	El paciente, ¿necesita HOSPITALIZACIÓN? (Caso positivo, indique los arreglos efectuados, o si no se han hecho indique "ACCION NO TOMADA")	(a) Durante permanencias prolongadas o pernoctadas en ruta en PUNTOS DE CONEXION	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Acción:
MEDA 14	Adjuntar certificado del centro donde se va a hospitalizar	(b) A la llegada a destino	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Acción:
MEDA 15	Si requiere incubadora especifique marca y modelo:		
¿NECESITA SILLA DE RUEDAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿PUEDE FLECTAR RODILLAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿PUEDE FLECTAR CÁDERAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Señale si la patología declarada en este formulario, presumiblemente no presentará variación durante los tres meses siguientes SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
<p>NOTA: LA INCUBADORA DEBE CUMPLIR CON LAS MEDIDAS ESTÁNDAR DE LA COMPAÑÍA Y ESTAR CERTIFICADA PARA USO A BORDO DE AERONAVES POR LA DGAC, FAA, CE U OTRO ORGANISMO SIMILAR.LA NO PRESENTACIÓN SIN AVISO DE 24 HORAS DE UN PASAJERO EN CAMILLA, NO TENDRÁ DERECHO A LA DEVOLUCION DEL VALOR DE LOS BOLETOS.</p> <p>¡IMPORTANTE: EL PASAJERO EN CAMILLA E INCUBADORA SIEMPRE NECESITA AMBULANCIA. ESTA SERÁ SOLICITADA Y CANCELADA POR EL PASAJERO.</p> <p>LA COMPAÑÍA PODRÁ CONDICIONAR LA ACEPTACIÓN DEL TRANSPORTE Y/O NEGAR EL EMBARQUE DEL PASAJERO SI DE ACUERDO A LOS ANTECEDENTES EMANADOS DE ESTE FORMULARIO EXISTIEREN RIESGOS TANTO PARA LA SALUD DEL PROPIO PASAJERO COMO DE LOS DEMÁS Y TAMBIEN EN LOS CASOS EN QUE EL FORMULARIO NO REFLEJE EL ESTADO DE SALUD ACTUAL DEL PASAJERO AL MOMENTO DEL EMBARQUE.</p> <p>EL MEDICO QUE FIRMA, DR. _____ DECLARA QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN CONDICIONES DE EFECTUAR UN VIAJE POR VIA AEREA, CON LAS PRECAUCIONES ARRIBA DESCRITAS, SIN RIESGO DE DETERIORO EN SU CONDICION A CONSECUENCIA DIRECTA DEL VUELO. ASIMISMO DECLARA CONOCER LAS CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA EL TRANSPORTE AEREO, ALGUNAS DE LAS CUALES SE DETALLAN EN EL ANEXO.</p>			
FECHA	LUGAR	FIRMA DEL MEDICO TRATANTE	

USO INTERNO / ENVIAR A MEDICO LAN, CASA MATRIZ SCL 24 HORAS ANTES

MÉDICO LAN

Nombre: _____

Fecha: _____

Fax N°: _____

Teléfono: _____

RUT: _____