

MEDIF

Formulario standar de información médica para el viaje aéreo

Responde TODAS las preguntas. Marca una cruz (X) en los casilleros "SI" o "NO".
Use **LETRA TIPO IMPRENTA**.

1a PARTE

Para ser completado por el pasajero

A	Nombre del pasajero				Edad
	Seguro de viaje / N° seguro de viaje				
B	Itinerario propuesto	Desde	Hacia	Fecha	Las transferencias de un vuelo a otro requieren MAYOR tiempo de conexión
C	Oficina o agencia				Teléfono
D	¿Necesitas silla de ruedas?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Puede desplazarse por si solo distancias cortas?	Pasajeros viajando en sillas de ruedas propias con baterías deben revisar los requisitos para el transporte de mercancías peligrosas en www.latamairlines.com
				Si <input type="checkbox"/>	
E	ACOMPAÑANTE PROPUESTO: Nombre, sexo, edad, profesión y oficio, segmentos en caso de ser diferentes al 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:
	En caso de que viaje solo, indique persona de contacto, nombre y teléfono				
F	¿Necesita de otros preparativos en tierra?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especifique	
	Si respondes SI, especifica (a) Convenio con la compañía aérea u otra organización, (b) Quien cubre el gasto y (c) número (s) de teléfono y direcciones donde corresponda o cualquier persona en particular designada para prestar asistencia al pasajero.			(a)	
				(b)	
G	Requerimientos especiales en vuelo tales como asiento extra (sólo asiento contiguo), comida especial (sólo en vuelos donde se encuentra disponible)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especifique	

Declaración del pasajero

Yo autorizo al DR. _____ a proporcionar al grupo LATAM 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 agente de cualquier responsabilidad por tales consecuencias, especialmente (pero no limitado a) en casos de gastos provenientes de afecciones al estado de salud derivado de preexistencias. Libero asimismo al transportador de toda responsabilidad respecto a cualquier gasto en que deba incurrir en relación a mi estado de salud si un vuelo se hubiere cancelado o retardado por motivos de seguridad o fuerza mayor.

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 o la de los demás pasajeros o las operaciones de vuelo.

IMPORTANTE:

Donde sea necesario debe ser leído por el/la pasajero(a), firmado por él o en su nombre.

Lugar Fecha Firma del pasajero Teléfono del contacto

Este formulario tiene por objetivo 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, esta información permitirá impartir las instrucciones necesarias tendientes a proporcionar al pasajero un máximo de bienestar y comodidad. Al médico 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.

Recomendamos completar el formulario usando letra tipo imprenta

2a PARTE

Para ser completado por el MÉDICO TRATANTE

Este formulario debe ser completado como mínimo 10 días antes de la salida del vuelo y entregado a la compañía hasta 48 horas antes del viaje al correo: ssee_medif@sac.latam.com

Para ser completado por el MÉDICO TRATANTE y enviado en formato PDF

MEDA 01 Datos del pasajero	Nombre completo del paciente		Fecha de nacimiento
	Género		Edad
MEDA 02 Datos médico	Nombre del médico tratante		
	RUT/ID/DNI/CRM		Teléfono de contacto
	Especialidad del médico		email
MEDA 03 Diagnóstico y antecedentes	Diagnóstico Principal		Comorbilidades
	Cirugías previas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique
	Fecha		
MEDA 04 Riesgo durante el viaje	¿Está en condiciones de viajar en avión?	Riesgo	Alto <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> No recomendado volar <input type="checkbox"/>
MEDA 05	¿Sufre enfermedad contagiosa y/o transmisible al momento del viaje? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Especifique		
MEDA 06	¿Control del esfínter?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique
	¿Trastorno de salud mental?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique
MEDA 07	El cuadro clínico del paciente está controlado	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Medicamentos
	El pasajero tiene independencia durante el viaje para: Entender instrucciones de seguridad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Comer Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ir al baño Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
MEDA 09 Acompañante	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique Familiar <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Paramédico <input type="checkbox"/> Otros: <i>El acompañante debe ser física y mentalmente capaz de manejar el entorno de la cabina de la aeronave, así como proporcionar asistencia al pasajero en caso de emergencia o servicios (alimentos/fisiológicos)</i>		
MEDA 10	¿Trastornos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique
	¿Utilizas oxígeno durante el vuelo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Retenedor de CO2? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	¿Viaja con concentrador propio oxígeno?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique
	Cantidad de flujo LT/min	Duración batería del equipo:	Modelo / Marca / Sello
MEDA 11	¿Insuficiencia cardíaca?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fracción de eyección: Fecha:
	Clase funcional: Disnea a pequeños esfuerzos moderados <input type="checkbox"/> y grandes esfuerzos <input type="checkbox"/>		
	¿Angina?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Último episodio:	¿IAM anterior? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha:
MEDA 12	¿Epilepsia?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Último episodio:	¿Síncope? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Último episodio:
	¿Accidente vascular cerebral?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Secuelas Fecha:
MEDA 13	Deficiencia visual / auditiva?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique

MEDA 14	¿Anemia?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Última Hb/Ht:	Fecha:
MEDA 15	¿Comida Especial?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especifique	
MEDA 16	¿Alergias?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especifique	
MEDA 17	Medicamentos en uso regular:				
MEDA 18	¿Utilizas anticoagulantes?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especifique	
MEDA 19	Requiere hospitalización / ambulancia en destino	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
	¿Puedes sentarte erguido durante el vuelo?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
	¿Necesitas una camilla?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
	¿Puedes flexionar las rodillas durante el viaje?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
	¿Puedes flexionar tu cintura durante el viaje?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
	¿Necesitas una silla de ruedas?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
	<p>WCHR Necesita de asistencia en el terminal para ir hacia la puerta de embarque, con el uso de una silla de ruedas o similar cuando los pasajeros están embarcando / desembarcando por la rampa de acceso. No requiere de asistencia para subir y descender del bus y/o de las escaleras de acceso a la aeronave, sentarse o levantarse del asiento del baño y para la alimentación.</p> <p>WCHS Incapaz de utilizar la rampa del bus y requiere asistencia en el embarque y desembarque (como por ejemplo, en las escaleras de acceso al avión). No requieren de asistencia para sentarse o levantarse del asiento de la cabina, baño y para la alimentación.</p> <p>WCHC Requiere toda la asistencia, incluso para sentarse o levantarse del asiento en cabina, baño y posiblemente alimentación.</p>				

Importante:

- Los concentradores de oxígeno y sus baterías deben ser provistos por el pasajero y de un modelo aprobado por la autoridad Aeronáutica.
 - LATAM no provee elementos de uso fisiológico.
 - La compañía podrá condicionar la aceptación del transporte y/o negar el embarque del pasajero si de acuerdo a los antecedentes entregados en este formulario existieren riesgos tanto para la salud del propio pasajero como la de los demás y también en los casos en que el formulario no refleje el estado de salud actual del pasajero al momento del embarque.
- Infórmese de los términos y condiciones en www.latamairlines.com sección: Información para tu viaje

El médico tratante que firma, DR. _____ declara que el paciente se encuentra en condiciones de efectuar un viaje por vía aérea con las precauciones arriba descritas, sin riesgo de deterioro en su condición a consecuencia directa del vuelo.

Fecha	Lugar	Firma del médico tratante
-------	-------	---------------------------

ESTA SECCIÓN ES DE USO EXCLUSIVO DEL EQUIPO DE SALUD AEROESPACIAL DE LATAM:

FREMEC

¿Es elegible?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Validéz:
---------------	-----------------------------	-----------------------------	----------

El viajero frecuente que tiene una condición clínica estable y que ya ha sido autorizado inicialmente por el equipo médico, puede ser elegible para registrarse automáticamente en FREMEC, no requiriendo nuevas autorizaciones médicas y tramitar nuevo MEDIF para otros viajes dentro del periodo de validéz aprobado por el área médica de la compañía.