

MEDIF



Formulario standard 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	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 si solo distancias cortas?		Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
E	ACOMPANIANTE PROPUESTO: Nombre, sexo, edad, profesión y oficio, segmentos en caso de ser diferentes al pasajero, en caso de persona no calificada anote: ACOMPANIANTE 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	El pasajero requiere de coordinación, para ingreso de ambulancia a las dependencias del aeropuerto.				Compañía de ambulancia:	
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Teléfono de contacto ambulancia:	
					Dirección de destino:	
G	Durante el vuelo se produce una reducción de la presión parcial de oxígeno, (Hipoxia relativa) de un 25 a 30%.				Si <input type="checkbox"/> No estoy seguro <input type="checkbox"/>	
	¿Esta situación afectará la condición médica del pasajero?				No <input type="checkbox"/>	
H	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
-------	-------	--------------------	-----------------------

MEDIF

Hoja de información médica (Solo para uso oficial)



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

MEDA 01 Datos del pasajero	Nombre completo del paciente					
	Género		Edad			
MEDA 02 Datos médico	Nombre del médico tratante					
	RUT/ID/DNI		Teléfono de contacto			
	Especialidad del médico		email			
MEDA 03 Diagnóstico actual y antecedentes paciente	Informe médico (médico debe adjuntar diagnóstico detallado)					
	Diagnóstico médico/quirúrgico actual (debe decir si cuadro se encuentra resuelto/alta)					
	Antecedentes mórbidos	1. 4.	2. 5.	3.		
	Día/mes/año de primeros síntomas					
	Fecha de diagnóstico actual o tiempo de evolución					
	¿Pasajero se encuentra en condiciones de transportarse en avión? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
MEDA 04 (Riesgo durante el viaje)	Prognosis para el viaje					
	Riesgo vital: Bajo o sin riesgo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Se recomienda no volar <input type="checkbox"/>					
MEDA 05	¿Sufre enfermedad contagiosa y/o transmisible al momento del viaje? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
	Fecha de inicio de la enfermedad, ¿cuál?					
MEDA 06	El paciente asociado al diagnóstico anterior, presenta alguna alteración con respecto a:					
	Control de esfínter Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Conducta Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otra:					
MEDA 07 (Autonomía del paciente)	El paciente es independiente durante el vuelo para:					
	Comer Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ir al baño Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Entender instrucciones de seguridad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otros _____					
MEDA 08 Acompañante	En caso de viajar acompañado, especifique el tipo de acompañante(*): Familiar <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Paramédico <input type="checkbox"/> Otro:					
	(*) El adulto acompañante debe estar física y mentalmente apto para desenvolverse en la cabina de un avión y prestar asistencia al pasajero en condiciones de emergencia o servicio (fisiológicas y de alimentación)					
MEDA 9 (Oxígeno)	Si el pasajero requiere oxígeno, debe viajar con su propio concentrador de oxígeno portátil POC. Indique:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cantidad de flujo LT/min <input type="text"/>	Duración batería del equipo: <input type="text"/> <small>(DEBE DURAR EL 150% DE LAS HRS DE VIAJE incluyendo escalas y tiempos de espera)..... hrs.</small>		
	Modelo:					
	Marca:					
¿Se puede desconectar en lapsos breves en caso de necesidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
MEDA 10 MEDA 11	Entregar listado de medicación del paciente y vía de administración (todos son de exclusiva responsabilidad del paciente)					
	1. 4.	2. 5.	3. 6.			
¿Requiere medicación previa al vuelo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Requiere medicación durante el vuelo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
MEDA 12 MEDA 13	¿Paciente requiere hospitalización (en caso positivo indicar los arreglos efectuados o si no se han hecho indique "Acción no tomada" se debe adjuntar certificado del centro donde se va a hospitalizar?)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Requiere hospitalización durante las escalas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Requiere hospitalización y/o ambulancia a la llegada a destino?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
MEDA 14	En caso de poseer trastorno de coagulación y/o antecedentes de trombosis, Arritmias cardiacas, Fractura extremidad inferior en viajes superiores a 3 hrs., etc. ¿se encuentra en tratamiento con anticoagulante oral/inyectable al momento del viaje?					
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique cual _____					
MEDA 15	De acuerdo a su patología principal/actual ¿se encuentra estable para poder tolerar horas de vuelo en su totalidad sin complicaciones incluyendo escalas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					

MEDA 16 (Cirugías)	Tipo de cirugía Abierta <input type="checkbox"/> Laparoscópica <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	
	Complicaciones durante la cirugía Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
MEDA 17	¿Necesita silla de ruedas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	¿Puede flexionar rodillas durante el viaje? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	¿Puede flexionar cadera durante el viaje? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
MEDA 18 (Psiquiatría)	¿Posee alguna patología psiquiátrica? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	¿Cuál? Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Bipolaridad <input type="checkbox"/> Otra _____	
	¿Se encuentra estable/bien controlada? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<p>Importante:</p> <p>1. Los concentradores de oxígeno y sus baterías deben ser provistos por el pasajero y de un modelo aprobado por la autoridad Aeronáutica.</p> <p>2. LATAM no provee elementos de uso fisiológico.</p> <p>3. 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.</p> <p>Infórmese de los términos y condiciones en www.latam.com sección: Información para tu viaje.</p> <p>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.</p>		
<input type="text" value="Fecha"/>	<input type="text" value="Lugar"/>	<input type="text" value="Firma del médico tratante"/>