

LUGAR/PLACE

FECHA/DATE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Amazzonas S.A. en aplicación de las políticas y procedimientos internos, podrá transportar pasajeros con requerimientos médicos siempre que el presente formulario sea llenado por completo y por el Médico tratante. El formulario está dividido en las siguientes partes:

PARTE 1: A ser llenado por el pasajero(a), familiares o acompañante.

PARTE 2: A ser llenado por Médico tratante

### DATOS DEL PASAJERO/PASSENGER DATA

NOMBRE Y APELLIDOS/ NAME AND LAST NAME <input type="text"/>	DOC. IDENTIDAD/PASS <input type="text"/>	RESERVA/ N°TICKET <input type="text"/>	ASIENTO/SEAT <input type="text"/>
DOMICILIO/ ADDRESS <input type="text"/>	TELEFONO/ TELEPHONE N° <input type="text"/>	CORREO ELECTRONICO/ E MAIL <input type="text"/>	

### ITINERARIO/ITINERARY

VUELO N°/ FLIGHT N° <input type="text"/>	FECHA/ DATE <input type="text"/>	ORIGEN/ ORIGIN <input type="text"/>	DESTINO/ DESTINATION <input type="text"/>
CONEXIÓN 1/CONNECTION 1 <input type="text"/>	FECHA/ DATE <input type="text"/>	ORIGEN/ ORIGIN <input type="text"/>	DESTINO/ DESTINATION <input type="text"/>
CONEXIÓN 2/CONNECTION 2 <input type="text"/>	FECHA/ DATE <input type="text"/>	ORIGEN/ ORIGIN <input type="text"/>	DESTINO/ DESTINATION <input type="text"/>

### DATOS DE EMERGENCIA/ PERSON ACCOMPANYING ON DEPARTURE

NOMBRE Y APELLIDOS/ NAME AND LAST NAME <input type="text"/>	TELEFONO/ TELEPHONE N° <input type="text"/>	PARENTESCO/ RELATIONSHIP <input type="text"/>
NOMBRE Y APELLIDOS/ NAME AND LAST NAME <input type="text"/>	TELEFONO/ TELEPHONE N° <input type="text"/>	PARENTESCO/ RELATIONSHIP <input type="text"/>
NOMBRE Y APELLIDOS/ NAME AND LAST NAME <input type="text"/>	TELEFONO/ TELEPHONE N° <input type="text"/>	PARENTESCO/ RELATIONSHIP <input type="text"/>

### IMPORTANTE:

- 1) Las sillas de ruedas provistas por el usuario serán transportadas en el buzón de carga junto al equipaje.
- 2) Si el pasajero requiere ambulancia u otros servicios adicionales, esta será solicitada y cancelada por el pasajero o sus familiares, tanto para la salida del vuelo como en el arribo a destino, esto en función a los datos emitidos en la parte 1 del MEDIF.
- 3) El oxígeno provisto por el pasajero deberá ser reportado para su control de llenado al 80%.

*El presente formulario exime a Amazzonas S.A., Ejecutivos, Tripulación y personal en general de cualquier responsabilidad, ya sea civil, penal o administrativa, en virtud a que el médico responsable del llenado del presente formulario certifica que el pasajero puede ser transportado por vía aérea, y en el caso de que el pasajero no pueda ser transportado, especifica las razones por las cuales no puede volar.*

*This form exempts AMASZONAS S.A., its executives, crews and staff from any civil, penal or administrative liability, because the doctor is only responsible for filling this form and certifies that the passenger can be transported by air, and in case the passenger can't be transported specifies the reasons why he should not fly.*

FIRMA FUNCIONARIO AMASZONAS

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

FIRMA DE LA PASAJERO(A)

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

FIRMA TRIPULANTE DE CABINA Z8

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nota para el medico:** Los datos que aparecen en este formulario serán tratados de forma confidencial; la finalidad de estos datos es facilitar las instrucciones o ayudas apropiadas para el cuidado del paciente teniendo en cuenta tanto su diagnóstico así como las condiciones especiales de su transporte por vía aérea. Contestar todas las preguntas marcando con una cruz (X) las casillas "SI" o "NO". Usar letras mayúsculas legibles para completar este formulario

### DATOS DEL PASAJERO(A)

NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	PRESION SANGUINEA	PESO
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

### DATOS DEL MEDICO (A)

NOMBRE Y APELLIDOS	TELEFONO DE CONTACTO	DIRECCIÓN HOSPITAL O CLINICA
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

### INFORMACIÓN MÉDICA

DIAGNÓSTICO(incluir la fecha de inicio de la enfermedad actual, accidente y el tratamiento, especifique si es contagioso)

SINTOMAS ACTUALES Y SEVERIDAD	FECHA DE INICIO
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

¿Podría la disminución del 25% al 30% en la presión parcial del oxígeno ambiental (hipoxia relativa) afectar la condición médica del paciente? (La presión de la cabina se convierte en el equivalente a un viaje rápido a una montaña a una altitud de 2400 metros (8000 pies) sobre el nivel del mar)

SI                       NO  
 NO ESTA SEGURO

### INFORMACIÓN CLÍNICA ADICIONAL

a) Anemia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Si es afirmativo anotar los resultados recientes de hemoglobina en gramos: _____
b) Trastornos psiquiátricos / convulsions	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Si es afirmativo, ver Sección 2
c) Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Si es afirmativo, ver Sección 2
d) Control de la vejiga normal	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Si es negativo, confirmar cual es el sistema de control: _____
e) Control intestinal normal	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
f) Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Si es afirmativo, ver Sección 2
g) El paciente ¿tiene una enfermedad contagiosa y transmisible?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Si es afirmativo, especificar ¿cuál? _____
h) ¿Usa el paciente oxígeno en el hogar?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Si es afirmativo, especificar la cantidad: _____ LPM
i) ¿Necesita oxígeno en vuelo? <small>Nota: Amazonas no provee de servicio de oxígeno médico a bordo.</small>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Si es afirmativo                      De 2LPM a 8LPM                      Flujo continuo: especificar: _____                      _____ LPM <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
j) ¿Puede el pasajero o acompañante manejar el equipo de oxígeno?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
k) ¿Lleva el paciente medicamentos consigo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Si es afirmativo, especificar cuáles: _____

### ACOMPAÑANTE

a) ¿Está el paciente en condiciones de viajar sin acompañante?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
b) En caso negativo, ¿es suficiente una ayuda en el embarque / desembarque por parte de la Compañía Aérea?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
c) En caso negativo, ¿viajará el paciente con un acompañante para que le asista en sus necesidades a bordo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
d) En caso afirmativo, ¿quién acompañará al pasajero?	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Enfermera	<input type="checkbox"/> Otro.- Especificar: _____ (Ver Inciso e)
e) Si es "Otro" ¿está el acompañante totalmente capacitado para atender las necesidades arriba mencionadas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

### MOVILIDAD

a) ¿Está el paciente puede caminar sin asistencia?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
b) Requiere silla de ruedas para embarcar	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Si es afirmativo: <input type="checkbox"/> Hasta el avión <input type="checkbox"/> Hasta el asiento del avión

Anotar cualquier otra información médica de interés

**ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR**

a)	Angina	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿Cuándo fue el último episodio? _____
	¿La condición actual es estable?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	¿Clasificación funcional del paciente?			
	<input type="checkbox"/> No tiene síntomas	<input type="checkbox"/> Angina de esfuerzo	<input type="checkbox"/> Angina de esfuerzo leve	<input type="checkbox"/> Si Angina de Reposo
	¿Puede el paciente caminar 100 metros a un ritmo normal o subir 10 - 12 escalones sin síntomas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
b)	Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Fecha del último episodio: _____
	¿Tiene complicaciones?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo, facilitar detalles _____
	¿Ha realizado una prueba de esfuerzo – ECG?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo, ¿Cuál fue el resultado? Metz: _____
	Si ha sufrido una operación de angioplastia o bypass coronario, ¿puede el paciente caminar 100 metros a un ritmo normal o subir 10 - 12 escalones sin síntomas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
c)	Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cuando fue el último episodio? _____
	Está el paciente controlado con la medicación?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
	¿Clasificación funcional del paciente?			
	<input type="checkbox"/> No hay síntomas	<input type="checkbox"/> Disnea de esfuerzo	<input type="checkbox"/> Disnea de esfuerzo leve	<input type="checkbox"/> Disnea de Reposo
d)	Sincope	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿Cuándo fue el último episodio? _____
	¿Investigada?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo, facilitar detalles _____

**ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA**

a)	¿Ha tenido el paciente gasometría recientemente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
b)	La gasometría se realizó en:	<input type="checkbox"/> LPM	<input type="checkbox"/> Oxígeno	<input type="checkbox"/> Aire Ambiente
c)	¿Cuáles fueron los resultados?	<input type="checkbox"/> pCO2	<input type="checkbox"/> pO2	<input type="checkbox"/> Saturación
				Fecha del examen: ____/____/____ (DD/MM/AA)
d)	¿Retiene el paciente CO2?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
e)	¿Se ha deteriorado recientemente su estado?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
f)	¿Puede el paciente caminar 100 metros a un ritmo normal o subir 10 - 12 escalones sin síntomas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
g)	¿Ha volado alguna vez el paciente en un vuelo comercial en las mismas condiciones?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Si es afirmativo, ¿Cuándo? _____ Presento algún problema? ¿Cuál? _____

**ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA**

a)	¿Existe alguna posibilidad de que el paciente se altere durante el vuelo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
b)	¿Ha realizado algún vuelo comercial anteriormente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Si es afirmativo, confirmar la fecha del viaje ____/____/____ (DD/MM/AA)
c)	¿Cómo viajó el paciente?	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Acompañado	

**CONVULSIONES**

a)	¿Qué tipo de convulsiones? _____	
b)	Frecuencia de las convulsiones _____	¿Cuándo fue la última convulsión? ____/____/____ (DD/MM/AA)
c)	¿Están las convulsiones controladas por la medicación?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**PRONOSTICO PARA EL VUELO**

a)	Riesgo Vital para el viaje	<input type="checkbox"/> ALTO	<input type="checkbox"/> MEDIO	<input type="checkbox"/> BAJO
----	----------------------------	-------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

*El médico que firma, Dr.(a) \_\_\_\_\_ 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, asimismo declara conocer las consideraciones especiales para el transporte aéreo.*

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE