

<b>PARTE 1</b>		<b>MEDIF PARA VUELOS DENTRO DE ARGENTINA</b>									
<b>INFORMACIÓN MÉDICA STANDARD PARA TRANSPORTE</b>		<b>RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS – MARCAR CON UNA CRUZ (X) EN LOS CASILLEROS “SI” O “NO”</b>									
<b>PARA SER COMPLETADO POR OFICINA DE VENTAS/AGENCIA</b>		<b>COMPLETAR CON LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE</b>									
<b>A</b>	NOMBRE Y APELLIDO (completo): _____										
<b>B</b>	ITINERARIO PROPUESTO AEROLÍNEA/S, NÚMERO DE VUELO/S, CLASE/S, FECHA/S, SEGMENTO/S ESTADO DE RESERVA VUELO CONTINUO	TRANSBORDO DE UN VUELO A OTRO A MENUDO REQUIERE MAYOR TIEMPO DE TRASLADO									
<b>C</b>	NATURALEZA DE LA INCAPACIDAD:		REQUIERE CERTIFICADO MÉDICO <span style="float: right;">NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></span>								
<b>D</b>	DEBIDO A SU CONTEXTURA FÍSICA ¿NECESITA UN ASIENTO EXTRA? <span style="float: right;">NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></span>	Peso: _____ Estatura: _____ Perímetro abdominal: _____	SOLICITAR TARIFA SI LA DESCONOCE								
<b>E</b>	ACOMPAÑANTE (NOMBRE-SEXO-EDAD-IDONEIDAD PROFESIONAL, SEGMENTOS, SI DIFIEREN DE LOS DEL PASAJERO, SI NO ES EXPERIMENTADO ESCRIBA “COMPAÑERO DE VIAJE”)	EN CASO DE CIEGOS Y/O SORDOS ACLARAR SI VAN ACOMPAÑADOS POR PERROS LAZARILLOS									
<b>F</b>	¿NECESITA SILLA DE RUEDAS? CATEGORÍAS: WCHR WCHS WCHC CATEGORÍA DE SILLA: <input style="width: 50px;" type="text"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">SILLA PROPIA</td> <td style="width: 25%;">PLEGABLE</td> <td style="width: 25%;">MECÁNICA</td> <td style="width: 25%;">TIPO DE BATERÍA RECARGABLE</td> </tr> <tr> <td>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	SILLA PROPIA	PLEGABLE	MECÁNICA	TIPO DE BATERÍA RECARGABLE	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	SE CONSIDERAN “ARTÍCULOS RESTRINGIDOS” A LAS SILLAS DE RUEDAS CON BATERÍAS RECARGABLES Y SE PERMITEN EN AVIONES DE PASAJEROS SÓLO BAJO CIERTAS CONDICIONES QUE SE PUEDEN SOLICITAR A LA AEROLÍNEA. TAMBIÉN CIERTOS PAÍSES PUEDEN IMPONER RESTRICCIONES ESPECÍFICAS.
SILLA PROPIA	PLEGABLE	MECÁNICA	TIPO DE BATERÍA RECARGABLE								
NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>								
<b>G</b>	¿NECESITA AMBULANCIA? <span style="float: right;">NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></span>	CONTRATADO POR LA AEROLÍNEA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → ESPECIFICAR PERSONA DE LA COMPAÑÍA DE AMBULANCIAS SI <input type="checkbox"/> → ESPECIFICAR DOMICILIO DE DESTINO	SOLICITAR TARIFA SI LA DESCONOCE								
<b>H</b>	OTRAS MEDIDAS NECESARIAS EN TIERRA <span style="float: right;">NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></span> SI ES AFIRMATIVO, ESPECIFICAR E INDICAR EN CADA ÍTEM: A) LA AEROLÍNEA ENCARGADA DE EFECTUARLOS U OTRA ORGANIZACIÓN, B) ¿QUIÉN LOS ABONARÁ? Y C) DIRECCIONES/TELÉFONOS ASIGNADOS, O SI PERSONAS DETERMINADAS SON ASIGNADAS PARA RECIBIR/ASISTIR AL PASAJERO										
<b>1</b>	MEDIDAS PARA EL EMBARQUE EN EL AEROPUERTO DE SALIDA <span style="float: right;">NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></span>	SI <input type="checkbox"/> ESPECIFICAR	<input style="width: 100%;" type="text"/>								
<b>2</b>	MEDIDAS PARA ASISTIRLO EN LOS PUNTOS DE CONEXIÓN <span style="float: right;">NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></span>	SI <input type="checkbox"/> ESPECIFICAR	<input style="width: 100%;" type="text"/>								
<b>3</b>	MEDIDAS PARA RECIBIRLO EN EL AEROPUERTO DE ARRIBO <span style="float: right;">NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></span>	SI <input type="checkbox"/> ESPECIFICAR	<input style="width: 100%;" type="text"/>								
<b>4</b>	OTROS REQUERIMIENTOS O INFORMACIÓN RELEVANTE <span style="float: right;">NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></span>	SI <input type="checkbox"/> ESPECIFICAR	<input style="width: 100%;" type="text"/>								
<b>K</b>	MEDIDAS ESPECIALES NECESARIAS EN VUELO, TALES COMO: COMIDAS ESPECIALES (sólo en vuelos superiores a 3 hs), EQUIPO ESPECIAL (VER NOTA FINAL PARTE 2)	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	DESCRIBIR E INDICAR PARA CADA ÍTEM: A) SEGMENTO DONDE SE REQUIERAN DICHAS MEDIDAS, B) A CARGO DE LA AEROLÍNEA O DE UN TERCERO, C) ¿QUIÉN LO ABONARÁ? PARA EQUIPO ESPECIAL COMPLETAR PARTE 2 (DORSO)								
DECLARACIÓN DE PASAJERO: EL ABAJO FIRMANTE _____ (NOMBRE Y APELLIDO) _____ (CON DOMICILIO EN) _____ EN NOMBRE PROPIO O EN REPRESENTACIÓN DEL PASAJERO _____ (DOC. IDENTIDAD/PASAPORTE NRO.) _____ (EMITIDO POR) _____ (CON FECHA) _____ (NOMBRE Y APELLIDO) _____ DECLARA Y LIBERA A AEROLÍNEAS ARGENTINAS, A SU AGENTE Y EMPLEADOS DE TODO TIPO DE RESPONSABILIDAD POR LA ALTERACIÓN, AGRAVAMIENTO, LESIONES GRAVES O CUALQUIER OTRA CONSECUENCIA QUE, DEBIDO A SU ESTADO DE SALUD, PUDIERA SUFRIR DURANTE O POR EFECTO DEL TRANSPORTE AÉREO CONCERTADO EN LAS CONDICIONES QUE FIGURAN EN EL BILLETE DE PASAJE NRO. _____, ADEMÁS, EL ABAJO FIRMANTE, EN EL CARÁCTER EN QUE ACTÚA, SE COMPROMETE A REEMBOLSAR A AEROLÍNEAS ARGENTINAS TODOS LOS GASTOS QUE PUEDAN OCASIONARSE POR LA PRESTACIÓN DE CUALQUIER SERVICIO ADICIONAL AL ESPECÍFICO DEL TRANSPORTE Y QUE FUERA PRECISO FACILITARLE, EXIMIENDO ASIMISMO, A LA EMPRESA TRANSPORTADORA DE TODA OBLIGACIÓN Y/O PAGO QUE, EN CONCEPTO DE HONORARIOS, PUDIERAN GENERARSE POR TALES SERVICIOS O ASISTENCIA ADICIONAL.											
LUGAR:	FECHA:	FIRMA DEL PASAJERO O PERSONA QUE LO REPRESENTA:									

<b>PARTE 2</b>		<b>HOJA DE INFORMACIÓN MÉDICA</b>		(SÓLO PARA USO OFICIAL)
PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO		ESTE FORMULARIO PROVEE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL QUE PERMITIRÁ AL DEPARTAMENTO MÉDICO DE AEROLÍNEAS ARGENTINAS DETERMINAR LA ADAPTABILIDAD DEL PASAJERO PARA VIAJAR COMO SE INDICA EN LA PARTE 1 CON LA AUTORIZACIÓN DEL INTERESADO. ESTA INFORMACIÓN PERMITIRÁ TOMAR LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA BRINDARLE EL CONFORT Y BIENESTAR ADECUADOS. EL MÉDICO DEBERÁ RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS (HACER UNA CRUZ EN LOS CASILLEROS SI/NO O DAR RESPUESTAS PRECISAS) <b>(COMPLETAR CON LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE)</b>		
<b>CÓDIGO DE REFERENCIA MEDA 01</b>	<b>NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE, SEXO, EDAD</b>			
<b>MEDA 02</b>	<b>NOMBRE Y TELÉFONO DEL MÉDICO, TELÉFONO DONDE UBICARLO</b>	<b>CONSULTORIO:</b>	<b>PARTICULAR:</b>	
<b>MEDA 03</b>	<b>INFORMACIÓN MÉDICA DIAGNÓSTICO DETALLADO (INCLUIR SIGNOS VITALES) FECHA DE INICIO DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS</b>	<b>FECHA DEL DIAGNÓSTICO</b>		
<b>MEDA 04</b>	<b>PRONÓSTICO PARA EL VIAJE:</b>			
<b>MEDA 05</b>	<b>¿ES UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA Y TRANSMISIBLE?</b>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
<b>MEDA 06</b>	<b>¿CONSIDERA QUE LA CONDICIÓN DEL PACIENTE SERÍA UNA CAUSA DE INCOMODIDAD PARA OTROS PASAJEROS? (OLOR, APARIENCIA, CONDUCTA)</b>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
<b>MEDA 07</b>	<b>¿PUEDE EL PACIENTE USAR EL ASIENTO DEL AVIÓN EN LA POSICIÓN VERTICAL CUANDO ASÍ SE REQUIERA?</b>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
<b>MEDA 08</b>	<b>¿PUEDE A BORDO VALERSE POR SÍ SOLO? (INCLUYENDO COMIDAS, TOILETTE, ETC.)</b>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	<b>SI ES NO ¿QUÉ TIPO DE AYUDA REQUIERE?</b>			
<b>MEDA 09</b>	<b>SI LLEVA ACOMPAÑANTE ¿EL ARREGLO PROPUESTO EN LA PARTE 1/E ES SATISFACTORIO PARA UD.?</b>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	<b>SI ES NO INDICAR TIPO DE ACOMPAÑANTE PROPUESTO</b>			
<b>MEDA 10</b>	<b>¿NECESITA EQUIPO DE OXÍGENO EN VUELO? (SI ES SÍ, INDICAR FLUJO DE OXÍGENO)</b>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	<b>LITROS POR MINUTO</b> <input type="text"/> <b>¿CONTINUO?</b> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
<b>MEDA 11</b>	<b>¿NECESITA ALGUNA MEDICACIÓN (*) QUE NO SEA ADMINISTRADA POR ÉL MISMO Y/O USO DE ALGÚN APARATO ESPECIAL: INCUBADORA O RESPIRADOR?</b>	<b>A) EN EL AEROPUERTO</b> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> <b>ESPECIFICAR</b> <input type="text"/>		
<b>MEDA 12</b>		<b>B) A BORDO</b> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> <b>ESPECIFICAR</b> <input type="text"/>		
<b>MEDA 13</b>	<b>¿NECESITA INTERNACIÓN? SI ES SÍ INDICAR MEDIDAS TOMADAS, SI NO FUE HECHO, INDICAR "NINGUNA ACCIÓN FUE TOMADA"</b>	<b>A) DURANTE PARADAS EN PUNTOS DE CONEXIÓN</b> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> <b>ACCIÓN</b> <input type="text"/>		
<b>MEDA 14</b>		<b>B) AL ARRIBO A DESTINO</b> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> <b>ACCIÓN</b> <input type="text"/>		
<b>MEDA 15</b>	<b>OTRAS DISPOSICIONES EN FAVOR DEL TRANSPORTE PARA PACIENTES NINGUNA</b>			
	<b>ESPECIFICAR SI HAY ALGUNA</b>			
<b>MEDA 16</b>	<b>OTRAS MEDIDAS TOMADAS POR EL MÉDICO:</b>	<input type="text"/>		
<b>LUGAR:</b>	<b>FECHA:</b>	<b>FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO:</b>		
<b>NOTA (*):</b> LOS AUXILIARES DE CABINA NO ESTÁN AUTORIZADOS A BRINDAR ASISTENCIA A PASAJEROS EN PARTICULAR, ADEMÁS ESTÁN ENTRENADOS SÓLO EN PRIMEROS AUXILIOS, NO SE LES PERMITE APLICAR INYECCIONES Y/O DAR MEDICACIÓN ALGUNA. <b>IMPORTANTE:</b> LOS CARGOS, EN CASO DE QUE LOS HUBIERA, RESULTANTES DE LA PROVISIÓN DE LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y POR TODO EQUIPO ESPECIAL PROVISTO POR EL TRANSPORTADOR, DEBERÁN SER ABONADOS POR EL PASAJERO INTERESADO.				