

Reso IATA 700

Hoja de información para pasajeros que requieren asistencia especial.

Responder todas las preguntas con letra legible y marcar con una **x** los casilleros que correspondan, muchas gracias.

1	NOMBRE y APELLIDO (completo)											
2	CÓDIGO RESERVA (6 letras)					*	→ ITINERARIO PROPUESTO					
3	NRO. VUELO de IDA		AR/AU			FECHA (de viaje)			ORIGEN:	DESTINO:		
↔	NRO. DE VUELO en CONEXIÓN		AR/AU			FECHA (de viaje)			ORIGEN:	DESTINO:		
	NRO. VUELO de REGRESO		AR/AU			FECHA (de viaje)			ORIGEN:	DESTINO:		
4	TIPO DE DISCAPACIDAD											
5	CAMILLA A BORDO (NO DISPONIBLE): <i>Aerolíneas Argentinas</i> NO TRANSPORTA PASAJEROS EN CAMILLA.											
6	ACOMPañANTE PREVISTO		NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	*CÓDIGO RESERVA (6 letras)				(* SI ES DIFERENTE AL ANTERIOR)		EDAD	
👤	NOMBRE y APELLIDO (Acomp.)											
7	NECESITA SILLA DE RUEDAS:		CATEGORÍA DE LA SILLA DE RUEDAS:				VÍAJA CON SILLA PROPIA ?					
♿	NO <input type="checkbox"/>		SÍ <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> WCHR necesita silla para traslado por el aeropuerto/ puede subir escaleras// <input type="checkbox"/> WCHS necesita silla para traslado por el aeropuerto/ no puede subir escaleras// <input type="checkbox"/> WCHC necesita la silla hasta el asiento del avión.		NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> ----> (cont. en tipo de..)					
	TIPO DE SILLA PROPIA		TIPO DE BATERÍA ?		** No se acepta como equipaje, solo por Cargas * Se aceptan bajo ciertas condiciones, se deberá completar la "Declaración de Transporte de sillas de ruedas con baterías" ("Anexo C" Cap 7 Manual Comercial)							
	<input type="checkbox"/> MANUAL <input type="checkbox"/> PLEGABLE <input type="checkbox"/> BATERÍA		<input type="checkbox"/> **HUMEDA (WCBW) <input type="checkbox"/> *GEL/SECA (WCBDE) <input type="checkbox"/> *LITIO (WCLB)									
8	AMBULANCIA (NO DISPONIBLE): NO APLICA DENTRO DEL AEROPUERTO.											
9	MEET and ASSIST: NO APLICA, DIFERENTE AL SERVICIO QUE BRINDA <i>Aerolíneas Argentinas</i> DE SILLA DE RUEDAS.											
10	REQUIERE OTRO TIPO DE AYUDA EN TIERRA? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>											
✈	EN EL AEROPUERTO DE SALIDA NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> Especifique _____											
✈	EN AEROPUERTOS DE CONEXIÓN NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> Especifique _____											
✈	EN EL AEROPUERTO DE ARRIBO NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> Especifique _____											
11	REQUIERE SERVICIO ESPECIAL A BORDO? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> Especifique: _____											
12	¿POSEE EL PASAJERO "FREMEC"? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> Si posee, agregue los datos a la solicitud de reserva, de no poseerla (o si la aerolínea necesita información adicional: el médico deberá completar el Anexo 2)											
📄	NÚMERO DE TARJETA FREMEC		EMITIDA POR			VÁLIDA HASTA		EDAD	SEXO	INCAPACIDAD - CONTINUA		
									M F			
📄	DECLARACIÓN DEL PASAJERO: el abajo firmante _____ con domicilio en _____ en nombre propio o en representación del pasajero, declara que libera a Aerolíneas Argentinas S.A y Austral Líneas Aéreas Cielos del Sur S.A. 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 su billete electrónico. 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 y fecha					D.N.I.					Firma	

RESOL IATA 700
Parte 1

HOJA DE INFORMACIÓN PARA PASAJEROS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN MÉDICA, PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE. POR FAVOR COMPLETAR CON LETRA LEGIBLE, MAYÚSCULA DE IMPRENTA. MARCAR CON UNA **X** LOS CASILLEROS QUE CORRESPONDAN.

MEDA 1	NOMBRE y APELLIDO (pasajero) <input style="width:100%; height:20px;" type="text"/> FECHA NACIMIENTO <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> SEXO <input style="width:30px;" type="text"/> ALTURA <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> PESO <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/>
MEDA 2	NOMBRE y APELLIDO (médico) <input style="width:100%; height:20px;" type="text"/> TELÉFONO de CONTACTO (con códigos de país y área) <input style="width:100%; height:20px;" type="text"/> MAIL <input style="width:100%; height:20px;" type="text"/>
MEDA 3	DIAGNÓSTICO : (incluir fecha de inicio de la enfermedad, episodio o accidente) _____ ¿ES UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA o TRANSMISIBLE? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> → Fecha de inicio: ____/____/____ ¿PUEDE EL PACIENTE USAR EL ASIENTO EN POSICIÓN VERTICAL CUANDO ASÍ SE LO REQUIERA? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> TIPO Y FECHA DE CUALQUIER CIRUGÍA RECIENTE _____ Fecha: ____/____/____
MEDA 4	SIGNOS ACTUALES Y SEVERIDAD _____
MEDA 5	¿PUEDE UNA REDUCCIÓN DEL 25% AL 30% EN LA PRESIÓN PARCIAL DEL OXÍGENO (HIPOXIA RELATIVA), AFECTAR LA CONDICIÓN MÉDICA DEL PACIENTE ? (LA PRESIÓN DE LA CABINA PASA A SER EL EQUIVALENTE A UN VIAJE RÁPIDO A UNA MONTAÑA CON UNA ELEVACIÓN DE 2400 METROS (8000 PIES), SOBRE EL NIVEL DEL MAR) ? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
MEDA 6	INFORMACIÓN CLÍNICA ADICIONAL: A- CONDICIÓN HEMATOLÓGICA ANEMIA: NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, enviar el último resultado en gramos de hemoglobina _____ Fecha: ____/____/____ - SE ENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE POR ALGUNA CAUSA? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> B- TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y CONVULSIONES NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ver Parte 2. C- CONDICIÓN CARDÍACA NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ver Parte 2. D- CONTROL DE VEJIGA NORMAL NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> En caso negativo, indique la forma de control. E- ¿ SE ENCUENTRA EL PACIENTE BAJO TRATAMIENTO DE DIALISIS ? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, por favor adjuntar el resultado del análisis de laboratorio posterior a la última diálisis realizada F- ¿CONTROL INTESTINAL NORMAL? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> G- ¿EL PACIENTE, TIENE UNA CONDICIÓN RESPIRATORIA ESPECIAL ? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ver Parte 2. H- ¿USA EL PACIENTE OXÍGENO EN EL HOGAR ? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> En caso positivo, especifique la cantidad y el tiempo de autonomía en horas sin oxígeno. _____ I- ¿NECESITA OXÍGENO EN VUELO PROVISTO POR LA COMPAÑÍA? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> Indique el volumen requerido: 2LPM CONTÍNUO <input type="checkbox"/> 4LPM CONTÍNUO <input type="checkbox"/> J- ¿TIENE PREVISTO UTILIZAR SU PROPIO CONCENTRADOR DE OXIGENO PORTÁTIL A BORDO? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> En caso afirmativo especificar, MARCA: _____ MODELO: _____ K- ¿VIAJA CON OTROS DISPOSITIVOS MÉDICOS DE ASISTENCIA RESPIRATORIA QUE VA A UTILIZAR EN VUELO? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique cuál: CPAP <input type="checkbox"/> BIPAP <input type="checkbox"/> VPAP <input type="checkbox"/> APAP <input type="checkbox"/> EPAP <input type="checkbox"/> IMPORTANTE : Duración de la/s Bateria/s en Horas: • Para vuelos de menos de 6 horas: autonomía equivalente a 3 horas adicionales del tiempo programado del itinerario, incluidas escalas y conexiones. • Para vuelos de más de 6 horas: autonomía equivalente al 150% del tiempo programado del itinerario, incluidas escalas y conexiones.

➔ **PARTE 1** HOJA DE INFORMACIÓN PARA PASAJEROS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN MÉDICA, PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE.
Continuación POR FAVOR COMPLETAR CON LETRA LEGIBLE, MAYÚSCULA DE IMPRENTA. MARCAR CON UNA **X** LOS CASILLEROS QUE CORRESPONDAN.

MEDA 7 ACOMPAÑANTE

A- ¿ESTÁ EL PACIENTE EN CONDICIONES DE VIAJAR SIN ACOMPAÑANTE? NO SÍ

B- EN CASO NEGATIVO, ¿ES SUFICIENTE LA ASISTENCIA BRINDADA POR LA COMPAÑÍA EN EL EMBARQUE/DESEMBARQUE? NO SÍ

C- EN CASO NEGATIVO, ¿VIAJARÁ EL PACIENTE CON UN ACOMPAÑANTE QUE LO ASISTA EN SUS NECESIDADES A BORDO? NO SÍ

D- EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUIÉN ACOMPAÑARÁ AL PACIENTE? ENFERMERO MÉDICO OTRO

E- EN CASO DE "OTRO", ¿ESTÁ EL ACOMPAÑANTE TOTALMENTE CAPACITADO PARA ATENDER TODAS LAS NECESIDADES MENCIONADAS? NO SÍ

MEDA 8 MOVILIDAD Y APARATO LOCOMOTOR

A- ¿PADECE ACTUALMENTE UNA FRACTURA DE HUESO? (*En caso afirmativo, ver Parte 2) NO SÍ

B- ¿PUEDE CAMINAR SIN ASISTENCIA? NO SÍ

C- ¿REQUIERE SILLA DE RUEDAS PARA EMBARCAR? NO SÍ *

* EN CASO AFIRMATIVO: HASTA EL AVIÓN? NO SÍ / HASTA EL ASIENTO DEL AVIÓN? NO SÍ

MEDA 9 MEDICAMENTOS

LISTADO DE MEDICACIÓN DEL PACIENTE Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN (BAJO LA EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE /ACOMPAÑANTE)

1. 2. 3.

4. 5. 6.

Nota:

MEDA 10 INFORMACIÓN MÉDICA ADICIONAL

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOTA: Los auxiliares de cabina NO están autorizados para brindar asistencia especial a pasajeros en particular. Solo están entrenados en primeros auxilios, no se les permite aplicar inyecciones ni administrar medicación alguna.
Importante: Los cargos, en caso 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.

MEDA 1 CONDICIÓN CARDIACA

A- ANGINA NO SÍ → ¿CÚANDO FUE EL ÚLTIMO EPISODIO? ____ / ____ / ____ ¿ES ESTABLE LA CONDICIÓN? NO SÍ

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL → SIN SÍNTOMAS ANGINA CON ESFUERZOS LEVES ANGINA CON GRANDES ESFUERZOS ANGINA EN REPOSO

¿PUEDE EL PACIENTE CAMINAR 100 METROS A UN RITMO NORMAL, O SUBIR 10/12 ESCALONES SIN SÍNTOMAS? NO SÍ

B- INFARTO DE MIOCARDIO NO SÍ → FECHA: ____ / ____ / ____ ¿COMPLICACIONES? NO SÍ → (*INFORME DETALLE)

*

¿HA REALIZADO UNA PRUEBA DE ESFUERZO EKG? NO SÍ → ¿CUÁL FUE EL RESULTADO? _____ METZ.

* SI SE HA REALIZADO UNA OPERACIÓN DE ANGIOPLASTIA O BYPASS CORONARIO, PUEDE CAMINAR 100 METROS A UN RITMO NORMAL O SUBIR 10/12 ESCALONES SIN SÍNTOMAS? NO SÍ

C- FALLA CARDÍACA NO SÍ → ¿CÚANDO FUE EL ÚLTIMO EPISODIO? ____ / ____ / ____ ¿CONTROLADO CON MEDICACIÓN? NO SÍ

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL → SIN SÍNTOMAS FALTA DE AIRE CON: ESFUERZOS LEVES GRANDES ESFUERZOS EN REPOSO

D- SÍNCOPE NO SÍ → ¿CÚANDO FUE EL ÚLTIMO EPISODIO? ____ / ____ / ____ ¿SE ESTUDIÓ? NO SÍ → (*INFORME DETALLES)

*

MEDA 2 CONDICIÓN PULMONAR CRÓNICA NO SÍ

A- ¿HA TENIDO EL PACIENTE GASES ARTERIALES RECIENTEMENTE? NO SÍ

B- LOS GASES EN SANGRE FUERON TOMADOS EN: AIRE AMBIENTE OXÍGENO LPM

EN CASO AFIRMATIVO, CUÁLES FUERON LOS RESULTADOS PCO2 _____ PO2 _____

SATURACIÓN _____ FECHA DEL EXÁMEN: ____ / ____ / ____

C- ¿EL PACIENTE RETIENE CO2? NO SÍ

D- ¿SE HA DETERIORADO SU CONDICIÓN RECIENTEMENTE? NO SÍ

E- ¿PUEDE EL PACIENTE CAMINAR 100 METROS A UN RITMO NORMAL O SUBIR 10/12 ESCALONES SIN SÍNTOMAS? NO SÍ

F- ¿HA VOLADO ALGUNA VEZ EN UN AVIÓN COMERCIAL EN LAS MISMAS CONDICIONES? NO SÍ → FECHA: ____ / ____ / ____

¿PRESENTÓ EL PACIENTE ALGÚN PROBLEMA? _____

MEDA 3 CONDICIÓN PSIQUIÁTRICA

A- ¿EXISTE ALGUNA PROBABILIDAD QUE EL PACIENTE SE ALTERE DURANTE EL VUELO? NO SÍ

B- ¿HA VOLADO ALGUNA VEZ EN UN AVIÓN COMERCIAL ANTERIORMENTE? NO SÍ → FECHA: ____ / ____ / ____

HA VIAJADO EL PACIENTE: SOLO ACOMPAÑADO

MEDA 4 CONVULSIONES NO SÍ

A- ¿QUÉ TIPO DE CONVULSIONES? _____

B- FRECUENCIA DE LAS CONVULSIONES _____ ¿CÚANDO FUE EL ÚLTIMO EPISODIO? ____ / ____ / ____

D- ¿SE ENCUENTRAN LAS CONVULSIONES CONTROLADAS CON MEDICACIÓN? NO SÍ

MEDA 5 PRONÓSTICO PARA EL VUELO: BUENO REGULAR MALO

MEDA 6 MOVILIDAD Y APARATO LOCOMOTOR

ESPECIFIQUE HUESO FRACTURADO _____

FECHA DE LA FRACTURA: ____ / ____ / ____

SE ENCUENTRA ACTUALMENTE CON YESO? NO SÍ → ¿FECHA DE COLOCACIÓN DEL YESO? ____ / ____ / ____

SE ENCUENTRA EL YESO HENDIDO? NO SÍ

NOTA: Los auxiliares de cabina NO están autorizados para brindar asistencia especial a pasajeros en particular. Solo están entrenados en primeros auxilios, no se les permite aplicar inyecciones ni administrar medicación alguna.
Importante: Los cargos, en caso 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.