

## Pasos a seguir para completar el FORMULARIO MEDIF

- 1 Para comenzar el trámite deberás tener una reserva para vuelos operados por Aerolíneas Argentinas .
- 2 Completar el formulario MEDIF (el mismo consta de 4 carillas):  
  
Anexo A (1 carilla): completa y firma el pasajero o adulto responsable del mismo.  
Anexo B (parte 1 y 2, total 3 carillas): completa, firma y sella el médico tratante.
- 3 Enviar el formulario completo por mail a **producto@aerolineas.com.ar**
- 4 Comunicate al **+54 11 2821-2531** de lunes a viernes de 9 a 21 horas, para confirmar la correcta recepción del mail.
- 5 Nos comunicaremos con vos para informarte el resultado de la evaluación de nuestro departamento médico.
- 6 El día de tu vuelo deberás presentar el MEDIF original + 2 (dos) copias, entregarás una al personal de check-in y la otra a la tripulación a bordo.

---

### Información útil:

El formulario MEDIF debe estar completo en todos sus puntos, con letra imprenta, clara y legible, en idioma español o inglés únicamente.

Antelación para la presentación del MEDIF: Máximo 20 días hábiles y mínimo 72 horas hábiles antes de la partida de tu vuelo.

Recomendamos adjuntar los antecedentes que el médico tratante considere relevantes para el análisis del caso (resumen de historia clínica, resultado de los últimos análisis, etc.)

El Departamento Médico del Grupo Aerolíneas podría solicitarte información adicional.

"Le informamos que los datos personales que nos proporcione en el formulario standard de información médica para el transporte (MEDIF), serán tratados por Aerolíneas Argentinas, S.A. de conformidad con las disposiciones del Reglamento sobre Protección de Datos Personales de la República Argentina (25.326) y de la Unión Europea (2016/679).

La finalidad de este documento es posibilitar al equipo médico de Aerolíneas Argentinas evaluar la pertinencia del viaje del pasajero, atendiendo a las particulares condiciones de salud de éste, y en su caso, proporcionarle la asistencia que pueda precisar. La base jurídica que sustenta este tratamiento es su consentimiento, sea consciente que a través del formulario se proporcionan datos considerados sensibles.

La información proporcionada podrá ser comunicada a terceros con la finalidad de propiciar su viaje y su correcta atención, siendo esta comunicación necesaria para tales fines.

Los datos serán conservados el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que fueron recabados, y para atender las responsabilidades que pudiesen derivarse.

En cualquier momento podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición, escribiendo a Aerolíneas Argentinas España, o al email: [basededatos@aerolineas.com.ar](mailto:basededatos@aerolineas.com.ar) Deberá incluir una copia de su documento de identidad o documento oficial análogo que le identifique. Asimismo, le informamos que puede acudir a la Autoridad de Control para hacer valer sus derechos en protección de datos. Más información acerca de nuestra Política de Privacidad en [www.aerolineas.com](http://www.aerolineas.com)"

*¡Gracias por elegirnos!*

Reso IATA 700

Hoja de información para pasajeros que requieren asistencia.

Completar con letra legible y marcar con una x los casilleros que corresponden, muchas gracias.

1	NOMBRE y APELLIDO (completo)																												
2	CÓDIGO RESERVA (6 letras)							*	→ ITINERARIO PROPUESTO																				
3	NRO. VUELO de <b>IDA</b>	AR					FECHA (de viaje)					ORIGEN:													DESTINO:				
	NRO. DE VUELO en <b>CONEXIÓN</b>	AR					FECHA (de viaje)					ORIGEN:													DESTINO:				
	NRO. VUELO de <b>REGRESO</b>	AR					FECHA (de viaje)					ORIGEN:													DESTINO:				
4	CONDICIÓN DEL PASAJERO:																												
5	CAMILLA A BORDO (NO DISPONIBLE): Aerolíneas Argentinas <b>NO</b> 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 ASISTENCIA CON SILLA DE RUEDAS DENTRO DEL AEROPUERTO?																												
	<input type="checkbox"/> WCHR	Silla para traslado por el aeropuerto/puede subir escaleras .....																											
	<input type="checkbox"/> WCHS	Silla para traslado por el aeropuerto/no puede subir escaleras .....																											
	<input type="checkbox"/> WCHC	Silla hasta el asiento del avión .....																											
	¿VIAJA CON SILLA DE RUEDAS PROPIA?																												
	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>		CONTINÚA ABAJO		MARQUE la opción correspondiente																								
	° ESPECIFICACIÓN:																												
	MANUAL <input type="checkbox"/>		PLEGABLE <input type="checkbox"/>		BATERÍA <input type="checkbox"/>		CONTINÚA ABAJO																						
	° TIPO DE BATERÍA:																												
	**HUMEDA (WCBW) <input type="checkbox"/>		*GEL/SECA (WCBD) <input type="checkbox"/>		*LITIO (WCLB) <input type="checkbox"/>		<small>** No se acepta como equipaje, solo por Cargas</small> <small>* Se aceptan bajo ciertas condiciones, se deberá completar la "Declaración de Transporte de sillas de ruedas con baterías" (Anexo C, Cap 7 Manual Comercial)</small>																						
8	AMBULANCIA (NO DISPONIBLE): <b>NO</b> APLICA DENTRO DEL AEROPUERTO.																												
9	MEET and ASSIST: <b>NO</b> APLICA, DIFERENTE AL SERVICIO QUE BRINDA Aerolíneas Argentinas 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, Especifique _____																												
	En el aeropuerto DE CONEXIÓN, Especifique _____																												
	En el aeropuerto DE ARRIBO, Especifique _____																												
11	REQUIERE SERVICIO ESPECIAL A BORDO? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> Especifique: _____																												
12	¿POSEE "FREMEC" EMITIDA POR Aerolíneas Argentinas? (Frequent Traveler Medical Card)																												
	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>		COMPLETE		NÚMERO DE TARJETA FREMEC								VÁLIDA HASTA					EDAD			SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>							
13	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. 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 del Pasajero																													



Hoja de información para pasajeros que requieren autorización médica, para ser completado por el médico tratante. Completar con letra legible y marcar con una x los casilleros que correspondan, muchas gracias.

[illegible]

**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.

Lugar y fecha

FIRMA y SELLO DEL MÉDICO

RESO IATA 700

Hoja de información para pasajeros que requieren autorización médica, para ser completado por el médico tratante.  
Completar con letra legible y marcar con una x los casilleros que correspondan, muchas gracias.

MEDA 1

## CONDICIÓN CARDIACA

ANGINA ☐ NO ☐ SÍ ☐ ¿CUÁNDO 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 ☐ ¿CUÁNDO 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 ☐ ¿CUÁNDO 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 DE EXAMEN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ ¿CUÁNDO 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.

Lugar y fecha

Revisión 3 - Feb.2021

FIRMA y SELLO DEL MÉDICO