

Parte 1**MEDIF****Información para profesionales del área de salud.**

El MEDIF es necesario cuando el pasajero tiene un historial de enfermedad reciente, de hospitalización, de cirugías recientes o de cualquier condición de salud que se considere inestable.

Nuestros aviones están presurizados y son altamente seguros, además de ser, en la mayoría de los casos, razonablemente cómodos. Sin embargo, todos los vuelos de corta, media o larga distancia pueden provocar a los pasajeros algún nivel de estrés.

Dentro de la aeronave, la principal diferencia entre el ambiente interno y el ambiente en tierra es únicamente la presurización. Al contrario de lo que se cree comúnmente, las aeronaves modernas no están presurizadas al nivel del mar. De este modo, la altitud de la cabina durante el vuelo oscila entre los 1524 metros y los 2438 metros (entre los 5000 y los 8000 pies), lo que tiene como consecuencia una reducción barométrica, que provoca algunas adaptaciones en el organismo humano imperceptibles para las personas saludables. Estos son algunos ejemplos:

- La presión arterial de oxígeno disminuye, en promedio, de los 98 mmHg a los 55 mmHg. En la práctica, esto significa una disminución cercana al 4 % en la saturación periférica de oxígeno (SO₂).
- Se produce una dilatación de los gases durante la exposición del organismo humano en esta altitud en torno al doble de su volumen.
- Baja humedad, entre el 10 % y el 20 %. Aunque para la gran mayoría de los viajeros saludables las adaptaciones que se producen en el organismo humano sean imperceptibles, estas pueden provocar una descomposición en personas con alguna enfermedad coronaria, pulmonar o vascular cerebral, así como en pacientes anémicos.

La guía siguiente indica el tiempo mínimo de espera que se recomienda después de algunos de los tratamientos más frecuentes:

- **Cirugías abiertas de tórax, abdomen o cráneo:** 10 días.
- **Operación de cataratas con láser en la córnea:** 1 día.
- **Operaciones oftalmológicas donde se introdujo gas en el ojo o hubo desprendimiento de retina:** 6 días (ya que el aire retenido en las cavidades se expande durante el vuelo).
- **Amigdalectomía o palatoplastia:** 15 días.
- **Apendicectomía o cirugía abdominal cerrada:** 7 días.
- **Laparoscopias:** 2 días.
- **Angioplastia.** Si el procedimiento es simple y no existe ningún síntoma: De 3 a 5 días.
- **Cirugía cardíaca:** Si se encuentra bien o en una buena condición de salud y realmente necesita hacerlo, puede viajar después de 10 días, aunque se recomienda esperar de 4 a 6 semanas.
- **Ataque cardíaco:** No debe volar.
- **Crisis hipertensiva:** 1 día después de estar estabilizado.
- **Asma estable:** Generalmente, este no es un problema. Lleve su medicamento encima.
- **Bronquitis crónica, efisema u otro tipo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica:** Si puede caminar (sin oxígeno suplementario) por (50 metros) sin agitarse, puede volar.

Parte 1**MEDIF****Información para profesionales del área de salud.**

- **Neumotórax:** Tiene que estar totalmente resuelto al menos una semana antes de volar.
- Le recordamos que, si sufre alguna infección, el vuelo está contraindicado.
- **Derrame cerebral:** 10 días a partir de que los síntomas estén estables.
- **Epilepsia:** 2 días después de la última crisis.
- **Infección del oído o sinusitis:** No debe volar durante la infección.
- **Quebraduras:** Si le colocaron un yeso, debe esperar 48 horas como mínimo.

Esta lista no es exhaustiva y Flybondi – Aerocare evaluarán cada caso de forma individual de acuerdo con las circunstancias. Le aconsejamos que, si tiene alguna duda, sea precavido: si fue sometido a una operación recientemente o padece de una enfermedad grave, le recomendamos no viajar hasta que esté en condiciones de hacerlo. Si tiene alguna pregunta o si desea obtener más información, puede consultar nuestro servicio de salud.

Parte 2	MEDIF	Estimado Doctor(a), Responder todas las preguntas – marcar con una cruz (x) en los casilleros “sí” o “no”. Completar con letra imprenta legible. Luego se deberán firmar todos los ejemplares del formulario.	
Para ser completado por el pasajero o acompañante		Información Médica Standard para Transporte	
1	Nombre y Apellido del pasajero (completos):		Celular:
	Fecha de nacimiento:	Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>	Altura: Peso:
2	Itinerario propuesto	Saliendo de:	Fecha prevista del viaje de ida:
	¿Es ida y vuelta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Llegada en:	Fecha prevista del viaje de vuelta:
3	Naturaleza de la incapacidad o de la enfermedad (motivo de la asistencia):		
4	Condición del pasajero:	¿El pasajero puede viajar sin acompañante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		¿El acompañante debe ser personal de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5	Flybondi no transporta pasajeros en camilla.		
6	Datos del acompañante	Nombre y apellido:	Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>
	Parentesco:	Edad:	Idoneidad profesional:
7	¿Necesita silla de ruedas?	¿Tiene silla propia?	¿Plegable?
	¿Mecánica?	¿Con batería derramable?	Categoría de la silla:
Nota: Las baterías derramables de las sillas de ruedas se consideran "carga peligrosa". Otras baterías se aceptan bajo condiciones especiales. Debes solicitar el formulario de aceptación de transporte de sillas de ruedas con batería al enviar el MEDIF.		Silla para traslado por el aeropuerto. El pasajero puede subir escaleras.	
Silla para traslado por el aeropuerto. El pasajero NO puede subir escaleras.		Silla hasta el asiento del avión	
8	Ambulancia NO disponible. No aplica dentro del aeropuerto		
Otras necesidades en tierra		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	(Indique otros servicios contratados, el responsable de los gastos, las direcciones pertinentes y la información de contacto).
9	1 Preparativos para el embarque en el aeropuerto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique
	2 Preparativos en los puntos de conexión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique
	3 Preparativos en el aeropuerto de destino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique
	4 Otros requerimientos u otra información importante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique

Parte 2

Para ser completado por el pasajero o acompañante

MEDIF

Información Médica Standard para Transporte

Estimado Doctor(a), Responder todas las preguntas – marcar con una cruz (x) en los casilleros “si” o “no”. Completar con letra imprenta legible. Luego se deberán firmar todos los ejemplares del formulario.

10

¿Servicios especiales a bordo?

(Por ejemplo, comidas especiales, asiento especial, reposa piernas, asiento extra, cinturón de seguridad especial y otros equipos especiales).

Sí

No

En caso afirmativo, indique en cada ítem el tramo donde necesitará servicios especiales, la descripción de los servicios especiales contratados y el responsable de los gastos.
Obs.: Para los suplementos especiales, como concentradores de oxígeno, es necesario aclarar su uso y su aprobación queda sujeta a políticas de la empresa y la adecuación del equipamiento a la tabla 2.3.A de IATA DGR.

11

¿Es titular de una tarjeta FREMEC válida para este viaje?

No

Sí

En caso afirmativo, indique número, emitida por, incapacidad permanente/crónica, necesidades especiales.

LUGAR	FECHA	DNI	FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PASAJERO
-------	-------	-----	---------------------------------

Parte 3

Para ser completado por el médico asistente del pasajero

MEDIF

Hoja de información médica

Para ser completado por el médico que trata al pasajero. Le solicitamos al médico tratante le solicitamos que responda todas las preguntas. Use la parte n.º 1 como guía. Marque con una cruz (x) en los casilleros Sí o No. Responda de forma breve y concisa. Use LETRA DE IMPRENTA. Este formulario tiene por objeto proporcionar información confidencial que permita a Aerocare evaluar las condiciones de salud del pasajero con relación al vuelo. Si el pasajero es aceptado, esta información permitirá que se tomen las medidas necesarias para proporcionarle la seguridad y la comodidad adecuadas

MEDA 1	Nombre y Apellido del pasajero:	
MEDA 2	Datos del médico tratante Nombre y Apellido del médico: Número de registro profesional:	Email (médico): Teléfonos de contacto:
MEDA 3	Información médica Diagnóstico en detalle (incluir signos vitales): Inicio de los primeros síntomas: Fecha de cirugías y/o diagnósticos:	
MEDA 4	Pronóstico para el vuelo:	
MEDA 5	Portador de enfermedad contagiosa y transmisible	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Especifique	
MEDA 6	¿La condición física y/o mental podría ser causa de estrés? Especifique posible incomodidad para otros pasajeros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	
MEDA 7	¿El paciente puede usar el asiento de la aeronave en la posición VERTICAL cuando sea necesario?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
MEDA 8	¿El paciente puede ocuparse de sus propias necesidades o ayuda (incluidas comidas, visitas al baño, etc.)? En caso negativo, ¿qué tipo de ayuda necesita?	A bordo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	
MEDA 9	En caso de que sea necesario llevar a un acompañante en el viaje, ¿está de acuerdo con lo propuesto en la parte n.º 2? En caso negativo, ¿qué propone?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	
MEDA 10	Flybondi no acepta el transporte de pasajeros que necesitan Oxígeno a bordo.	
MEDA 11	¿El paciente necesita algún medicamento durante el vuelo (que pueda tomarlo sin ayuda o que sea administrado por otra persona) o algún aparato especial (respirador, incubadora, aspirador, etc.)?	
MEDA 12	A) En tierra, en el aeropuerto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es SI, especificar:	B) A bordo de la aeronave <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es SI, especificar:
	

Parte 3

Para ser completado por el médico asistente del pasajero

MEDIF

Hoja de información médica

MEDA 13 ¿El paciente requiere hospitalización? (En caso positivo, indique los preparativos hechos o, si no se hicieron preparativos, indique "No se hicieron preparativos").

MEDA 14 A) Durante esperas largas o noches en o los tramos de la ruta: Sí No Preparativos: B) Después de llegar al destino: Sí No Preparativos:

MEDA 15 ¿Otra información u otras recomendaciones para transportar? Ninguna Si hubiere, especifique al paciente con cuidado y comodidad

MEDA 16 Otras medidas tomadas por el médico tratante:

MEDA 17 Diagnóstico (incluya la fecha de inicio de la enfermedad, del episodio o accidente y del tratamiento y especifique si es contagiosa). En caso de operación reciente, declarar naturaleza y fecha de cualquier operación reciente (independientemente de la importancia):

MEDA 18 Indicios y síntomas actuales (Especifique la gravedad; es obligatorio indicar los signos vitales):

Parte 3

Para ser completado por el médico asistente del pasajero

MEDIF

Hoja de información médica

MEDA 19

¿Una reducción del 25 % al 30 % en la presión parcial del oxígeno ambiente (hipoxia relativa) puede afectar la condición médica del paciente? (La presión de la cabina pasa a ser equivalente a la de un viaje a alta velocidad o a la de una montaña en una altitud de 2400 metros (8000 pies) sobre el nivel del mar)

Sí No No estoy seguro/a

MEDA 20

Información clínica adicional

1. Condición cardíaca

Sí No

¿Cuándo fue el último episodio?

Fecha ____ / ____ / ____

¿Es estable la condición?

Sí No

1.1 Angina

Sí No

Clasificación funcional

Sin síntomas
 Angina de > esfuerzo
 Angina de < esfuerzo
 Angina por reposo

¿El paciente puede caminar 100 metros con un ritmo normal o subir de 10 a 12 escalones sin presentar síntomas?

Sí No

1.2 Infarto del miocardio

Sí No

¿Cuándo fue el último episodio?

Fecha ____ / ____ / ____

¿Complicaciones?

Sí No

Informe detalles.

¿Ha realizado una prueba de esfuerzo EKG?

Sí No

Resultado en Mz

1.3 Falla cardíaca

Sí No

¿Cuándo fue el último episodio?

¿Controlado con medicación?

Sí No

¿Clasificación funcional?

Sin síntomas
 Falta de aire con:
 > Esfuerzo
 < Esfuerzo
 Reposo

1.4 Síncope

Sí No

¿Cuándo fue el último episodio?

Fecha ____ / ____ / ____

¿Se estudió?

Sí No

Informe detalles.

2. Condición pulmonar crónica

Sí No

¿Ha tenido el paciente gases arteriales recientemente?

Sí No

Los gases en sangre fueron tomados en:

Aire ambiente
 Oxígeno
 LPM

En caso afirmativo cuales fueron los resultados:

PCO2 ____ PO2 ____ SATURACIÓN ____

Fecha del examen ____ / ____ / ____

Parte 3

Para ser completado por el médico asistente del pasajero

MEDIF

Hoja de información médica

MEDA
20

El paciente retiene CO2?

Sí No

¿Se ha deteriorado su situación recientemente?

Sí No

¿Ha volado alguna vez en avión comercial con las mismas condiciones?

Sí No Fecha ____ / ____ / ____

¿Acompañado? Sí No

¿Presentó algún problema?

.....

.....

3. Condición psiquiátrica

¿Existe alguna posibilidad que el paciente se altere durante el vuelo?

Sí No

¿Se ha deteriorado su situación recientemente?

Sí No

4. ¿Convulsiones?

Sí No

¿Qué tipo de convulsiones?

.....

.....

¿Frecuencia de las convulsiones?

.....

.....

Fecha del último episodio:

____ / ____ / ____

¿Las convulsiones se encuentran controladas con medicación?

Sí No

5. Pronóstico para el vuelo

Bueno Regular Malo

6. Movilidad y aparato locomotor

Sí No

Especifique hueso fracturado

.....

.....

¿Se encuentra actualmente con yeso?

Sí No

Fecha de colocación del yeso

____ / ____ / ____

¿Se encuentra el yeso hendido?

Sí No

La tripulación NO está autorizada a brindar asistencia especial a pasajeros de forma particular en detrimento del servicio brindado a los demás pasajeros. Además, solo está capacitada en PRIMEROS AUXILIOS y NO ESTÁ AUTORIZADA a aplicar inyecciones ni a suministrar medicamentos.

Importante: Cualquier cargo que pueda resultar de lo indicado anteriormente y del equipo especial proporcionado por la empresa debe ser abonado por el pasajero.

LUGAR	FECHA	FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO
-------	-------	--------------------------

Por el presente documento, autorizo a mí medico tratando declarado en este documento, a proporcionar toda la información requerida por Aerocare, con el fin de confirmar que estoy en buenas condiciones de Salud para viajar en avión en cabina aérea presurizada.

LUGAR	FECHA	FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PASAJERO
-------	-------	---------------------------------

Este MEDIF ha sido revisado y validado por AEROCARE

LUGAR	FECHA	FIRMA DE AEROCARE
-------	-------	-------------------