

Responde TODAS las preguntas. Marca una cruz (X) en los casilleros "SI" o "NO". Use LETRA TIPO IMPRENTA o MÁQUINA DE ESCRIBIR.

A	Nombre del pasajero		Edad		
	Seguro de viaje / N° seguro de viaje				
B	Itinerario propuesto	Desde	Hacia	Fecha	PNR (Código de Reserva)
C	Aeropuerto		Teléfono (s)		
D	¿Necesita silla de ruedas?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	¿Puede desplazarse por si solo distancias cortas?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Pasajeros viajando con silla de ruedas propia con baterías deben revisar los requisitos para el transporte de mercancías peligrosas en www.jetSMART.com
E	ACOMPAÑANTE PROPUESTO: Nombre, sexo, edad, profesión y oficio, segmentos en caso de ser diferentes al pasajero, en caso de persona no calificada anote: ACOMPAÑANTE DE VIAJE.			En caso de pasajeros con discapacidad visual o auditiva, indique si viaja con perro de asistencia.	
	En caso de que viaje solo, indique persona de contacto, nombre y teléfono.				
F	El pasajero es responsable de contratar los servicios de traslado para embarque / desembarque, desde / hacia la ambulancia hasta el asiento del avión.		Compañía de ambulancia:		
			Teléfono de contacto ambulancia:		
			Dirección de destino:		
G	Necesidad de otros preparativos en tierra	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Si contestó SI, especifique más abajo en cada item; (a) Convenio con otra organización, (b) Quien absorbe el gasto y, (c) número de teléfono(s) y direcciones donde corresponda o cualquier persona en particular designada para prestar asistencias al pasajero.		
	1 Preparativos para la entrega en el aeropuerto de Salida	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Especifique		
	2 Preparativos para asistencia en punto de llegada	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Especifique		
	3 Otros preparativos o información importante	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Especifique		
H	Requerimientos especiales en vuelo tales como asiento extra (solo asiento contiguo).	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Especifique		
DECLARACION DEL PASAJERO:					
Yo autorizo al DR.....a proporcionar a JetSMART información requerida por sus departamentos médicos con el fin de determinar mi aptitud para el transporte aéreo y en consecuencia relevo al médico de sus obligaciones éticas al respecto y acuerdo cancelar a dicho médico los honorarios respectivos.					
Estoy consciente que si el transporte es aceptado, mi viaje está sujeto a las condiciones generales de transporte y tarifas de la compañía transportadora y que el transportador no asume ninguna responsabilidad que exceda dichas condiciones y tarifas.					
Asumo la responsabilidad a mi propio riesgo de cualquier consecuencia que el transporte por aire pueda afectar mi estado de salud y relevo al transportador, sus empleados y agente de cualquier responsabilidad por tales consecuencias, especialmente (pero no limitado a) en casos de gastos provenientes de afecciones al estado de salud derivado de preexistencias. Libero asimismo al transportador de toda responsabilidad respecto a cualquier gasto en que deba incurrir en relación a mi estado de salud si un vuelo se hubiere cancelado o retardado por motivos de seguridad o fuerza mayor.					
Acuerdo reembolsar al transportador a su demanda, cualquier gasto especial o costos en conexión con mi transporte.					
Acepto que la línea aérea me puede negar el embarque si mi condición no fuera coincidente con los datos entregados o si mi embarque pudiera poner en riesgo mi salud o la de los demás pasajeros o las operaciones de vuelo.					
IMPORTANTE: Donde sea necesario debe ser leído por el/la pasajero(a), fechado firmado por él o en su nombre.					
Lugar	Fecha	Firma del pasajero	Teléfono del contacto		

Este formulario tiene por objetivo proporcionar la información necesaria que permita a los departamentos médicos de las líneas aéreas evaluar las condiciones del pasajero para el viaje. Si el pasajero es aceptado, esta información permitirá impartir las instrucciones necesarias tendientes a proporcionar al pasajero un máximo de bienestar y comodidad. Al médico tratante, se le solicita contestar todas las preguntas, marcando con una cruz (X) en el respectivo casillero "SI" o "NO" y/o entregar respuestas concisas y precisas.

Este formulario debe ser completado como máximo 10 días antes de la salida del vuelo y entregado a la compañía hasta 48 horas antes del viaje.

Recomendamos completar el formulario usando letra tipo imprenta

MEDA 01 Datos del pasajero	Nombre completo del paciente		
	Sexo	Edad	
MEDA 02 Datos médico	Nombre del médico tratante		
	RUT / ID / DNI		Teléfono de contacto
	Especialidad del médico		email
MEDA 03 Diagnóstico actual y antecedentes paciente	Informe médico (médico debe adjuntar diagnóstico detallado)		
	Diagnóstico médico / quirúrgico actual (debe decir si cuadro se encuentra resuelto (alta))		
	Antecedentes mórbidos	1.	2.
		3.	4.
	Día / mes/año de primeros síntomas		
	Fecha de diagnóstico actual o tiempo de evolución		
¿Pasajero se encuentra en condiciones de transportarse en avión? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
MEDA 04 (Riesgo durante el viaje)	Prognosis para el viaje		
	Riesgo vital: Bajo o sin riesgo <input type="radio"/> Medio <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Se recomienda no volar <input type="radio"/>		
MEDA 05	¿Sufre enfermedad contagiosa y/o transmisible al momento del viaje? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
	Fecha de inicio de la enfermedad, ¿cuál?		
MEDA 06	El paciente asociado al diagnóstico anterior, presenta alguna alteración con respecto a:		
	Control de esfínter: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Conducta: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Otra:		
MEDA 07	¿El paciente puede sentarse en posición vertical durante el vuelo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
	¿Requiere camilla? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
MEDA 08 (Autonomía del paciente)	El paciente es independiente durante el vuelo para:		
	Comer: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Ir al baño: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Entender instrucciones de seguridad: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Otros:		
MEDA 09 Acompañante	En caso de viajar acompañado, especifique el tipo de acompañante(*): Familiar <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Paramédico <input type="radio"/> Otro:		
	(*) El adulto acompañante debe estar física y mentalmente apto para desenvolverse en la cabina de un avión y prestar asistencia al pasajero en condiciones de emergencia o servicio (fisiológicas y de alimentación)		
MEDA 09 (Oxígeno)	¿Paciente requiere oxígeno en vuelo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
	¿Paciente viaja con su propio concentrador de oxígeno portátil-POC? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Cantidad de flujo LT/min	Duración batería del equipo:
	Modelo:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Marca:		(DEBE DURAR EL 150% DE LAS HRS DE VIAJE incluyendo escalas y tiempos de espera)..... hrs.
	¿Se puede desconectar en lapsos breves en caso de necesidad? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
	¿Paciente viaja con otros dispositivos médicos de asistencia respiratoria que va a utilizar en vuelo: CPAP / BiPAP / VPAP / APAP / EPAP? Tipo de dispositivo (Ej: APAP): Modelo: Marca:		
MEDA 11 MEDA 12	Entregar listado de medicación del paciente y vía de administración (todos son de exclusiva responsabilidad del paciente)		
	1.	2.	3.
	4.	5.	6.
¿Requiere medicación previa al vuelo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		¿Requiere medicación durante el vuelo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
MEDA 13 MEDA 14	¿Paciente requiere hospitalización (en caso positivo indicar los arreglos efectuados o si no se han hecho indique "Acción no tomada" se debe adjuntar certificado del centro donde se va a hospitalizar)? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Requiere hospitalización durante las escalas? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Requiere hospitalización y/o ambulancia a la llegada a destino? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
	En caso de poseer trastorno de coagulación y /o antecedentes de trombosis, Arritmias cardiacas, Fractura extremidad inferior en viajes superiores a 3 hrs., etc. ¿se encuentra en tratamiento con anticoagulante oral / inyectable en el viaje? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Especifique cual:		
MEDA 16	De acuerdo a su patología principal / actual; ¿Se encuentra estable para poder tolerar horas de vuelo en su totalidad sin complicaciones incluyendo escalas?		
MEDA 17 (Cirugías)	Tipo de cirugía: Abierta <input type="radio"/> Laparoscópica <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		
	Complicaciones durante la cirugía Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
MEDA 18	¿Necesita silla de ruedas? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Puede flexionar rodillas durante el viaje? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Puede flexionar cadera durante el viaje? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
	¿Posee alguna patología psiquiátrica? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ¿Cuál? Esquizofrenia <input type="radio"/> Bipolaridad <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> ¿Se encuentra estable / bien controlada? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		

IMPORTANTE: La compañía podrá condicionar la aceptación del transporte y /o negar el embarque del pasajero si de acuerdo a los antecedentes entregados en este formulario existieren riesgos tanto para la salud del propio pasajero como la de los demás y también en los casos en que el formulario no refleje el estado de salud actual del pasajero al momento del embarque.

El médico tratante que firma, DR. 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.

NO CONTAMOS con camillas, Cilindros de Oxígeno, Concentradores de oxígeno ni proveemos de elementos de uso fisiológico

Fecha	Lugar	Firma del médico tratante
-------	-------	---------------------------