

Área de emisión: Salud y Bienestar

Página: 1 de 7

Revisión: 01

Fecha: 14/11/2024

MEDIF - Resolución 700 de la IATA ANEXO A: DEBE SER COMPLETADO POR EL PASAJERO O PERSONA RESPONSABLE

1. Identificación del pasajero:

Nombre:		Teléfono:	Edad:
Fecha de Nacimiento:	Peso:	Altura:	

2. Itinerario:

No. de vuelo:	Fecha:	Origen:	Destino:
No. de vuelo:	Fecha:	Origen:	Destino:
No. de vuelo:	Fecha:	Origen:	Destino:
No. de vuelo:	Fecha:	Origen:	Destino:

3. Necesidades Especiales:

Acompañante por razón de enfermedad:						(<input type="checkbox"/>) Sí	(<input type="checkbox"/>) No
Nombre del acompañante:							
Camilla a bordo:						(<input type="checkbox"/>) Sí	(<input type="checkbox"/>) No
Silla de ruedas:	(<input type="checkbox"/>) Sí	(<input type="checkbox"/>) No	Propia:	(<input type="checkbox"/>) Sí	(<input type="checkbox"/>) No		
Motorizada:	(<input type="checkbox"/>) Sí	(<input type="checkbox"/>) No	Batería líquida:	(<input type="checkbox"/>) Sí	(<input type="checkbox"/>) No		
Oxígeno a bordo	(<input type="checkbox"/>) Sí	(<input type="checkbox"/>) No	Tiene su propio concentrador:	(<input type="checkbox"/>) Sí	(<input type="checkbox"/>) No	Litros/minuto:	
NOTA: Azul no proporciona oxígeno medicinal ni transporta oxígeno en cilindro.							
Ambulancia:	(<input type="checkbox"/>) Sí	(<input type="checkbox"/>) No	Ya ha contratado:	(<input type="checkbox"/>) Sí	(<input type="checkbox"/>) No		
Extensor de cinturón						(<input type="checkbox"/>) Sí	(<input type="checkbox"/>) No
Comida especial:		(<input type="checkbox"/>) Sí	(<input type="checkbox"/>) No	Tipo:			

4. Otras necesidades del suelo:

--	--	--	--	--	--	--	--

5. Otras necesidades a bordo:

--	--	--	--	--	--	--	--

6. Declaración del pasajero o persona responsable:

Autorizo al(a) Dr.(a.) _____ médico designado y CRM-UF a proporcionar informaciones, completar el MEDIF y emitir informes adicionales cuando se le solicite para el fin indicado, y en consideración, lo libero de su deber de confidencialidad respecto de estas informaciones, y me comprometo a pagar los honorarios del mismo, si fuera necesario.

Asumo la responsabilidad bajo mi propio riesgo por cualquier consecuencia que el transporte aéreo pueda tener sobre mi estado de salud y libero al transportista, sus empleados y agentes de cualquier responsabilidad por dichas consecuencias, especialmente (pero no limitado a) en el caso de gastos que surjan de consecuencias médicas sobre mi estado de salud resultantes de condiciones preexistentes. También libero al transportista de cualquier responsabilidad en relación con cualquier gasto en que pueda incurrir en relación con mi estado de salud si un vuelo se cancela o retrasa por razones de seguridad o fuerza mayor. Acepto reembolsar al transportista, previa solicitud, por cualquier gasto o costo especial relacionado con mi transporte.

Acepto que el transportista pueda denegarme el embarque si mi condición es incompatible con los datos proporcionados o si mi transporte puede poner en peligro a otros pasajeros, la operación del vuelo o mi propia salud. Libero al transportista y a sus empleados de cualquier responsabilidad en relación con cualquier consecuencia sobre mi estado de salud durante o como resultado del transporte aéreo.

Lugar:	Fecha:	Firma del pasajero o persona responsable:	CPF o pasaporte o RNE:
--------	--------	---	------------------------

Área de emisión: Salud y Bienestar

Página: 2 de 7

Revisión: 01

Fecha: 14/11/2024

MEDIF - Resolución 700 de la IATA Anexo B parte I: **DEBE SER COMPLETADA POR EL(LA) MÉDICO(A)****1. Identificación del paciente:**

Nombre:		Edad:	
Fecha de Nacimiento:	Peso:	Altura:	Sexo:

2. Identificación del médico:

Nombre:		CRM y Estado:	
Número de teléfono de contacto (con código de área):		Correo electrónico:	
Especialidad:		RQE:	
Firma del médico:			
Fecha del llenado:			

3. Diagnóstico(s) - Describa en detalle:

Diagnóstico:
Fecha de inicio:
Evolución clínica:
¿Tiene comorbilidades? ¿Cuáles?
Tratamientos y medicamentos en uso:
Pronóstico:
CID:
¿Puede una reducción del 25% al 30% en la presión parcial de oxígeno ambiental (Hipoxia relativa) afectar la condición médica de un paciente? (La presión de la cabina se vuelve equivalente a la de un vuelo rápido y una montaña a una altitud de 2400 metros (8000 pies) sobre el nivel del mar): () Sí () No () No estoy seguro

4. Signos vitales:

Presión arterial:	mmHg	Frecuencia cardíaca:	BPM	Frecuencia respiratoria:	IPM
Temperatura:	°C	Saturación de oxígeno:	%	() Aire ambiente () O ² suplementario	

Área de emisión: Salud y Bienestar

Página: 3 de 7

Revisión: 01

Fecha: 14/11/2024

5. Informaciones clínicas adicionales:

Anemia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hemoglobina:	Fecha:
Trastorno psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cuál:	
Convulsiones:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si es así, especifique en la parte 2	
Enfermedad cardiovascular:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cuál:	
Enfermedad respiratoria:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cuál:	
¿Portador de una enfermedad contagiosa y transmisible?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cuál:	
Cirugía reciente:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si es así, ¿cuál cirugía y fecha?	
Control normal de la vejiga:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	En caso contrario, especifique:	
Control normal del intestino:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	En caso contrario, especifique:	
Inmovilización:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si es así, escriba y feche:	
¿El paciente utiliza oxígeno en casa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si es así, especifique cuánto (Umin):	
¿Necesita oxígeno a bordo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si es así, especifique cuánto (Umin):	

6. Movilidad:

¿Es necesaria una silla de ruedas para embarcar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si es así ¿qué tipo de silla?	<input type="checkbox"/> WCHR (El paciente puede subir escaleras y caminar en la cabina)	
	<input type="checkbox"/> WCHS (El paciente no puede subir escaleras, pero puede caminar en la cabina)	
	<input type="checkbox"/> WCHC (El paciente no puede subir escaleras ni caminar en la cabina)	
¿Puede el paciente utilizar el asiento del avión en posición vertical cuando sea necesario?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Puede el paciente sentarse en el avión con las rodillas dobladas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Necesita una camilla a bordo? (Azul no lleva camillas a bordo)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

7. Embarazada:

Fecha del último período menstrual:	G: P: A:	<input type="checkbox"/> Embarazo único
Edad gestacional actual:		<input type="checkbox"/> Riesgo bajo <input type="checkbox"/> Mellizo
Edad gestacional en la fecha del viaje:		<input type="checkbox"/> Riesgo Alto <input type="checkbox"/> Fecha estimada de parto:
Normas para el transporte de embarazadas: Embarazo único de bajo riesgo: - De la semana 30 a la 35 de embarazo: Certificado médico que autoriza el embarque. - De la semana 36 a la 37 de embarazo: Embarque solo con MEDIF -38 a 39 semanas: Embarque solo acompañado de un médico responsable. -A partir de las 39 semanas: Embarque no autorizado.		Embarazo gemelar sin complicaciones: - De la semana 30 a la 31 de embarazo: Certificado médico que autoriza el embarque. - De la semana 32 a la 37 de embarazo: Embarque solo con MEDIF -38 a 39 semanas: Embarque solo acompañado de un médico responsable. -A partir de las 39 semanas: Embarque no autorizado.

Área de emisión: Salud y Bienestar

Página: 4 de 7

Revisión: 01

Fecha: 14/11/2024

8. Lista de medicamentos en uso:**9. Otras informaciones médicas:**

Lugar:	Fecha:	Nombre del médico y CRM legibles o sello y firma:
--------	--------	---

Área de emisión: Salud y Bienestar

Página: 5 de 7

Revisión: 01

Fecha: 14/11/2024

MEDIF - Resolución IATA 700 Anexo B parte II - PARA SER COMPLETADO POR EL(LA) MÉDICO(A)

1. Estado del corazón:

Angina:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Último episodio:		
La condición es estable:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
Clase funcional:	<input type="checkbox"/> Sin síntomas		<input type="checkbox"/> Angina de gran esfuerzo	<input type="checkbox"/> Angina de esfuerzo leve	<input type="checkbox"/> Angina en reposo
¿Puede el paciente caminar 100 metros o subir 12 escalones sin presentar síntomas?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Infarto de miocardio:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fecha:		
Complicaciones:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Cuáles?		
ECG de esfuerzo realizado:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Resultado:		
Se angioplastia ou ponte coronariana, pode o paciente andar 100m ou subir 12 degraus sem sintomas?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Insuficiencia Cardíaca:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fecha del último episodio:		
Paciente controlado con medicación:				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Clase funcional:	<input type="checkbox"/> Sin síntomas		<input type="checkbox"/> Disnea de gran esfuerzo	<input type="checkbox"/> Disnea con esfuerzos leves	<input type="checkbox"/> Angina en reposo
Síncope	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Último episodio:		
Investigación:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Resultados:		

2. Estado pulmonar:

Enfermedad pulmonar crónica:		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si es así, complete a continuación:	
¿Tiene el paciente un análisis reciente de gases en sangre arterial?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fecha:	
En ese caso:	<input type="checkbox"/> Aire ambiente	<input type="checkbox"/> Oxígeno	Litros/min:		
Resultados:	PO2	pCO2	Saturación:		
El paciente retiene CO2:				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
La condición ha empeorado recientemente:				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Puede el paciente caminar 100 metros o subir 12 escaleras sin síntomas?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿El paciente ha viajado alguna vez en estas condiciones en un avión comercial?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si es así ¿cuándo?		Duración del vuelo:			
Tuve problemas durante el viaje.				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Área de emisión: Salud y Bienestar

Página: 6 de 7

Revisión: 01

Fecha: 14/11/2024

3. Condición psiquiátrica:

¿Enfermedad psiquiátrica? Cuál:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Existe la posibilidad de que el paciente experimente agitación durante el vuelo.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿El paciente ha viajado alguna vez en un avión comercial?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si es así, fecha:	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Acompañado

4. Convulsiones:

¿El paciente ha tenido alguna vez una convulsión?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si es así, ¿qué tipo de crisis?		
Frecuencia de las convulsiones:		
Fecha de la última crisis:		

5. Pronóstico de viaje aéreo:

Lugar:	Fecha:	Nombre del médico y CRM legibles o sello y firma:
--------	--------	---

Área de emisión: Salud y Bienestar

Página: 7 de 7

Revisión: 01

Fecha: 14/11/2024

16. Declaración Médica de Necesidad de Acompañante para PNAE *Llenar solo si el pasajero necesita un acompañante en el vuelo, bajo los términos a continuación.*

Según la Agencia Nacional de Aviación Civil (ANAC) y su resolución no. 280 (<https://www.gov.br/anac/pt-br/asuntos/pasajeros/accesibilidad#acompanante>), la mayoría de los PNAE (pasajeros con necesidades de asistencia especial) tienen autonomía para viajar sin necesidad de acompañante. Solo los acompañantes del PNAE con discapacidad o movilidad reducida tendrán derecho al descuento si:

- Viajar en camilla o en incubadora;
- Debido a una discapacidad mental o intelectual, no puede comprender las instrucciones de seguridad del vuelo; o
- No pueda satisfacer sus necesidades fisiológicas sin ayuda.

NOTA: EL CUIDADO GENERAL DE LOS NIÑOS, NO RELACIONADO CON UNA DISCAPACIDAD/ENFERMEDAD, NO SE CONSIDERARÁ COMO UN CRITERIO PARA INDICAR UN ACOMPAÑANTE PARA PNAE

Identificación del médico:

Nombre:	CRM/Estado:
---------	-------------

CPF:

Declaro que el paciente:	CPF:
--------------------------	------

Le han diagnosticado:	CID:
-----------------------	------

Y se ajusta a la siguiente condición a continuación:

Necesita viajar en camilla o en incubadora: Sí No . NOTA: Azul no lleva camilla ni incubadora.

¿Tiene alguna discapacidad mental, intelectual o sensorial para comprender las instrucciones de seguridad del vuelo?
(Este criterio solo se aplicará a los adultos, a los efectos de indicar la necesidad de acompañante):

Si es así, escriba en detalles qué impide que el paciente comprenda las instrucciones de seguridad del vuelo:

Puede satisfacer sus necesidades fisiológicas sin ayuda. Sí Não.

En caso contrario, responda las siguientes 3 preguntas:

¿Tiene alguna limitación para alimentarse debido a alguna discapacidad/enfermedad? (si es niño, no considere las limitaciones de edad normales).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------

Si es así, escriba detalladamente qué impide al paciente realizar esta actividad:

¿Tiene alguna limitación para utilizar el baño solo debido a alguna discapacidad/enfermedad? (si es niño, no considere las limitaciones de edad normales).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------

Si es así, escriba detalladamente qué impide al paciente realizar esta actividad:

¿Tiene alguna limitación para desplazarse solo debido a alguna discapacidad o enfermedad? (si es niño, no considere las limitaciones de edad normales).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

Si es así, escriba detalladamente qué impide al paciente realizar esta actividad:

¿El acompañante indicado está debidamente capacitado para atender todas las necesidades a bordo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

¿Es necesario que el paciente viaje acompañado de un profesional sanitario?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------

Lugar:	Fecha:	Nombre del médico y CRM legibles o sello y firma:
--------	--------	---