

MEDIF: pasos a seguir para completarlo

1. Tener una reserva en un vuelo operado por Aerolíneas Argentinas.
2. Completar y firmar el MEDIF en todos sus puntos por el pasajero/a o persona adulta responsable del mismo.
3. Enviar el formulario completo a **producto@aerolineas.com.ar**. En el asunto indicar: MEDIF + código de reserva (6 letras) + fecha del primer tramo. Ej: MEDIF. XPNRUT. 21/06/22.
4. Nos comunicaremos con vos para informarte el resultado de la evaluación de nuestro departamento médico.
5. El día de tu vuelo deberás presentar el MEDIF original + 3 (tres) copias.

INFORMACIÓN ÚTIL

Presentación del formulario: máximo 20 días hábiles y mínimo 72 horas hábiles antes de la partida de tu vuelo. Considerar que el horario de atención es de Lunes a Viernes de 08 a 20hs, Sábados, Domingos y feriados de 08 a 14hs.

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 de ARSA podría solicitar información adicional.

Butacas, sillas posturales o arnés: verificar la información sobre los sistemas de sujeción aceptados a bordo y requisitos ante excepciones con al menos 10 días hábiles de antelación **www.aerolineas.com.ar/asistencias**

Concentrador de oxígeno: verificar los concentradores autorizados para uso abordo en **www.aerolineas.com.ar/asistencias**.

Autonomía requerida de la/s batería/s:

- ▶ Para vuelos de menos de 6 hs de duración (incluidas escalas y conexiones): deberá contar con 3 hs de autonomía adicionales al tiempo programado del itinerario. Ej. para un vuelo de 5 hs, deberá contar con 3 hs más de batería, es decir, 8 hs de carga al momento de embarcar.
- ▶ Para vuelos de más de 6 hs de duración (incluidas escalas y conexiones): deberá contar con autonomía del 150% del tiempo programado del itinerario. Ej: para un vuelo de 6 hs 30 min, deberá contar con 9 hs 45 min de carga al momento de embarcar.

Transporte de solución para diálisis peritoneal: contactarse con **producto@aerolineas.com.ar** con al menos 20 días hábiles de antelación a la partida del vuelo. En vuelos internacionales contactar al consulado/embajada de destino para conocer los requisitos aduaneros y migratorios. Los posibles cargos derivados de trámites aduaneros, en caso que los hubiera, deberán ser abonados por el pasajero/a. En vuelos dentro de Argentina, pueden aplicar restricciones de temperatura en bodega.

Medicación: la administración y su transporte son de exclusiva responsabilidad del pasajero/a.

Nota: Aerolineas Argentinas no transporta camillas abordo.

¡Gracias por elegirnos!

“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 en 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** 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**”

Completar por el pasajero/a todos los puntos con letra imprenta mayúscula y marcar con una x los casilleros que correspondan.

NOMBRE Y APELLIDO

EDAD EMAIL

CÓDIGO RESERVA (6 letras)

NRO. VUELO DE IDA FECHA ORIGEN DESTINO

VUELO EN CONEXIÓN FECHA ORIGEN DESTINO

VUELO DE REGRESO FECHA ORIGEN DESTINO

ACOMPAÑANTE PREVISTO: NO ☐ SÍ ☐ CÓDIGO RESERVA (6 letras) EDAD

NOMBRE Y APELLIDO

¿REQUIERE ASISTENCIA PARA CAMINAR?

NO ☐ SÍ ☐

En caso AFIRMATIVO, indique cuál: ☐ Silla para traslado por el Aeropuerto, puede subir o bajar escaleras ☐ Silla para traslado por el Aeropuerto, no puede subir o bajar escaleras ☐ Silla hasta el asiento del avión

DECLARACIÓN DEL PASAJERO/A

La persona abajo firmante con domicilio en en nombre propio o en representación del pasajero/a, declara que libera a Aerolíneas Argentinas S.A., a su agente y empleados/as, 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 específico del transporte y que fuera preciso facilitar, eximiendo asimismo a Aerolíneas Argentinas, de toda obligación y/o pago que, en concepto de honorarios, pudieran generarse por tales servicios o asistencia adicional. Asimismo, acepto que Aerolíneas Argentinas 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/as o a las operaciones de vuelo.

Tomo conocimiento que los pasajeros con requerimiento de asistencia y las personas con discapacidad y/o con movilidad reducida, tendrán prioridad en el embarque. El Jefe de Cabina / Comisario recibirá al pasajero y, de ser necesario, un auxiliar del sector colaborará con la estiba y ubicación de su equipaje de mano, además le dará instrucciones individuales acerca de los procedimientos de emergencia y disposición de cabina (ubicación de toilettes, salidas de emergencia, elementos de confort, etc.). De ser necesario, brindará asistencia en el traslado al toilette en silla de ruedas de a bordo, en los aviones de dos pasillos.

En caso de una emergencia médica en vuelo, la prestación de asistencia por parte de la Tripulación de Cabina se limita a los primeros auxilios básicos. En toda otra situación, se deberá esperar la concurrencia de una persona calificada, limitándose la Tripulación a observar la evolución del herido o enfermo y brindarle el confort y apoyo humano para ayudarlo a sobrellevar su condición. No podrán sugerir, ni ofrecer, ni administrar medicación o alimentación alguna al pasajero enfermo, ni aplicar inyecciones. La persona acompañante debe: ser mayor de 13 años, poder comunicarse con la tripulación, encontrarse en condiciones físicas y psíquicas de asistirle durante el vuelo, y ayudarlo en la evacuación, en caso de emergencia.

Lugar y fecha

D.N.I./Pasaporte

Firma del Pasajero/a o Persona Responsable

NOMBRE Y APELLIDO EDAD

(del pasajero)

NOMBRE Y APELLIDO _____
(médico)

TELÉFONO _____
(con código de área)

M. 01 **DIAGNÓSTICO**

FECHA DE INICIO | | | | |

NO ☐ SÍ ☐

NO ☐ SÍ ☐

FFCHA | | | | | | |

En caso AFIRMATIVO, indique cuál:

M. 02 ¿PUEDE USAR EL ASIENTO EN POSICIÓN VERTICAL CUANDO ASÍ SE LE REQUIERA?

NO ☐ SÍ ☐

M. 03 ¿UTILIZA SISTEMA DE SUJECCIÓN?

NO ☐ SÍ ☐

ARNÉS ☐ BUTACA ☐

M.04 SIGNOS VITALES

Tensión arterial: Frecuencia cardíaca: Saturación de oxígeno al aire ambiente:

Otros signos que considere agregar:

Firma y sello del médico/a

Completar por el médico/a tratante todos los puntos con letra imprenta mayúscula y marcar con una x los casilleros que correspondan.

M. 05 CONDICIÓN CARDÍACA

NO ☐ Sí ☐

En caso AFIRMATIVO, indique cuál:

¿ES ESTABLE LA CONDICIÓN?

NO ☐ Sí ☐

¿CUÁNDO FUE EL ÚLTIMO EPISODIO?

_____|_____|_____|_____|_____|_____|

FALLA CARDÍACA

NO ☐ Sí ☐

▶ ¿Cuándo fue el último episodio? _____|_____|_____|_____|_____|_____|

▶ Controlado con medicación:

NO ☐ Sí ☐

▶ Falta de aire:

Con grandes esfuerzos

☐

▶ Clasificación funcional:

Con esfuerzos leves

☐

Síntomas NO ☐ Sí ☐

En reposo

☐

INFARTO DE MIOCARDIO

NO ☐ Sí ☐

▶ Fecha: _____|_____|_____|_____|_____|_____|

▶ ¿Complicaciones? NO ☐ Sí ☐

▶ En caso AFIRMATIVO, indique cuál:

ANGINA

NO ☐ Sí ☐

▶ Con grandes esfuerzos ☐

▶ Clasificación funcional:

▶ Con esfuerzos leves ☐

Síntomas

NO ☐ Sí ☐

▶ En reposo ☐

SÍNCOPE

NO ☐ Sí ☐

▶ ¿Cuándo fue el último episodio? _____|_____|_____|_____|_____|_____|

▶ ¿Se estudió? NO ☐ Sí ☐

▶ Informe detalle:

¿PUEDE CAMINAR 100 METROS A RITMO NORMAL O SUBIR 10/12 ESCALONES SIN SÍNTOMAS? NO ☐ Sí ☐

M. 06 CONDICIÓN PULMONAR CRÓNICA

NO ☐ Sí ☐

En caso AFIRMATIVO, indique cuál:

A. ¿POSEE RESULTADOS DE GASES ARTERIALES? NO ☐ Sí ☐

En caso AFIRMATIVO, indique el resultado:

PCO2

PO2

Saturación

FECHA _____|_____|_____|_____|_____|_____|

Los gases en sangre fueron tomados:

ALAIRE AMBIENTE ☐

CON OXÍGENO SUPLEMENTARIO ☐

¿El paciente retiene CO₂? NO ☐ Sí ☐

B. ¿PUEDE EL PACIENTE CAMINAR 100 MTS. A RÍTMO NORMAL O SUBIR 10/12 ESCALONES SIN SÍNTOMAS?

NO ☐ Sí ☐

D. ¿NECESITA UTILIZAR SU PROPIO CONCENTRADOR DE OXÍGENO PORTÁTIL A BORDO?

NO ☐ Sí ☐

C. ¿HA VOLADO ALGUNA VEZ EN AVIÓN COMERCIAL EN LAS MISMAS CONDICIONES?

NO ☐ Sí ☐

E. ¿VA A UTILIZAR OTROS DISPOSITIVOS MÉDICOS DE ASISTENCIA RESPIRATORIA EN VUELO?

NO ☐ Sí ☐

FECHA _____|_____|_____|_____|_____|_____|

¿Presentó el paciente algún problema?

NO ☐ Sí ☐

En caso AFIRMATIVO, indique cuál:

En caso AFIRMATIVO, indique cuál:

F. PUEDE UNA REDUCCIÓN EN LA PRESIÓN PARCIAL DEL OXÍGENO (HIPOXIA RELATIVA) AFECTAR LA CONDICIÓN MÉDICA DEL PACIENTE?

NO ☐ Sí ☐

(la presión de la cabina equivale a estar a 2400 metros u 8000 pies de altura sobre el nivel del mar)

Firma y sello del médico/a

Completar por el médico/a tratante todos los puntos con letra imprenta mayúscula y marcar con una x los casilleros que correspondan.

M. 07 CONDICIÓN HEMATOLÓGICA

 NO ☐ SÍ ☐

En caso AFIRMATIVO, indique cuál:

A. ANEMIA: NO ☐ SÍ ☐

En caso AFIRMATIVO, enviar el último resultado de hemoglobina

..... GR./DL

FECHA

B. ¿SE ENCUENTRA EL PACIENTE BAJO TRATAMIENTO DE DIÁLISIS?

 NO ☐ SÍ ☐

En caso AFIRMATIVO, adjuntar el resultado del análisis de laboratorio posterior a la última diálisis realizada.

M. 08 CONDICIÓN PSIQUIÁTRICA

 NO ☐ SÍ ☐

En caso AFIRMATIVO, indique cuál:

A. ¿EXISTE ALGUNA PROBABILIDAD QUE EL PACIENTE PRESENTE UNA ALTERACIÓN DE LA CONDICIÓN DURANTE EL VUELO?

 NO ☐ SÍ ☐

B. ¿HA VOLADO ALGUNA VEZ EN UN AVIÓN COMERCIAL?

 NO ☐ SÍ ☐

 FECHA

C. EL PACIENTE VIAJÓ: SOLO ☐ ACOMPAÑADO ☐

M. 09 SÍNDROME CONVULSIVO

 NO ☐ SÍ ☐

A. FECHA DEL ÚLTIMO EPISODIO:

B. ¿SE ENCUENTRAN LAS CONVULSIONES CONTROLADAS CON MEDICACIÓN?

 NO ☐ SÍ ☐
M. 10 ¿POSEE MOVILIDAD Y APARATO LOCOMOTOR CONSERVADO?

 NO ☐ SÍ ☐

En caso NEGATIVO, indique el motivo:

A. ¿HA SUFRIDO UNA FRACTURA ÓSEA?

 NO ☐ SÍ ☐ FECHA DE LA FRACTURA

C. ¿SE ENCUENTRA EL YESO HENDIDO?

 NO ☐ SÍ ☐

B. ¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE CON YESO?

 NO ☐ SÍ ☐ FECHA DE COLOCACIÓN

D. ¿REQUIERE ASISTENCIA CON SILLA DE RUEDAS POR ESTA SITUACIÓN?

 NO ☐ SÍ ☐
M. 11 LISTADO DE MEDICACIÓN Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Firma y sello del médico/a

Completar por el médico/a tratante todos los puntos con letra imprenta mayúscula y marcar con una x los casilleros que correspondan.

M. 12 ACOMPAÑANTE

A. ¿ESTÁ EL PACIENTE EN CONDICIONES DE VIAJAR SIN ACOMPAÑANTE?

NO ☐ SÍ ☐

B. EN CASO NEGATIVO, ¿QUIÉN ACOMPAÑARÁ AL PACIENTE?

ENFERMERO/ MÉDICO ☐

OTRO ACOMPAÑANTE ☐

M. 13 RESUMEN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Realice un breve resumen sobre patología, comorbilidades, eventuales complicaciones, utilización de sonda, catéteres u otros dispositivos y/o condiciones que puedan ser relevantes durante el transporte aéreo.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

M. 14 ¿REQUIERE UNA CAMILLA PARA LLEGAR Y/O DESPLAZARSE DENTRO DEL AEROPUERTO?

NO ☐ SÍ ☐

M. 15 PRONÓSTICO PARA EL VUELO

BUENO ☐ MALO ☐

M. 16 ¿SE ENCUENTRA EN CONDICIONES PSICOFÍSICAS DE REALIZAR EL VUELO AEROCOMERCIAL? NO ☐ SÍ ☐

Declaro bajo juramento que los datos vertidos en este formulario son verídicos habiendo denunciado todas las posibles complicaciones médicas, comprometiéndome a entregar toda la información adicional que me fuera requerida. Me encuentro en conocimiento, que los médicos de la compañía podrán denegar el embarque si la condición del pasajero/a no fuera coincidente con los datos entregados o si el embarque pudiera poner en riesgo su salud o la de los demás pasajeros/as o a las operaciones de vuelo.