



## Pasos a seguir para completar el FORMULARIO MEDIF

- ❶ Para comenzar el trámite deberás tener una reserva para vuelos operados por Aerolíneas Argentinas/Austral.
- ❷ 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.
- ❸ Enviar el formulario completo por mail a [producto@aerolineas.com.ar](mailto:producto@aerolineas.com.ar)
- ❹ Comunicate al **+54 11 2821-2531** de lunes a viernes de **9 a 21 horas**, para confirmar la correcta recepción del mail.
- ❺ Nos comunicaremos con vos para informarte el resultado de la evaluación de nuestro departamento médico.
- ❻ 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.





¡Gracias por elegirnos!

# MEDIF ANEXO A

Reso IATA 700

Hoja de información para pasajeros que requieren asistencia.

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

<b>1</b>	NOMBRE y APELLIDO (completo)																												
<b>2</b>	CÓDIGO RESERVA (6 letras)							*	→ ITINERARIO PROPUESTO																				
<b>3</b>	NRO. VUELO de <b>IDA</b>	AR/AU					FECHA (de viaje)					ORIGEN:													DESTINO:				
	NRO. DE VUELO en <b>CONEXIÓN</b>	AR/AU					FECHA (de viaje)					ORIGEN:													DESTINO:				
	NRO. VUELO de <b>REGRESO</b>	AR/AU					FECHA (de viaje)					ORIGEN:													DESTINO:				
<b>4</b>	CONDICIÓN DEL PASAJERO: _____																												
<b>5</b>	CAMILLA A BORDO (NO DISPONIBLE): Aerolíneas Argentinas <b>NO</b> TRANSPORTA PASAJEROS EN CAMILLA.																												
<b>6</b>	ACOMPAÑANTE PREVISTO	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>	* CÓDIGO RESERVA (6 letras)							(* SI ES DIFERENTE AL ANTERIOR)												EDAD							
	NOMBRE y APELLIDO (Acomp.)																												
<b>7</b>	¿NECESITA ASISTENCIA CON SILLA DE RUEDAS DENTRO DEL AEROPUERTO?																												
	<input type="checkbox"/> WCHR		Silla para traslado por el aeropuerto/ <b>puede</b> subir escaleras.....																							<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> WCHS		Silla para traslado por el aeropuerto/ <b>no puede</b> subir escaleras...																							<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> WCHC		Silla <b>hasta</b> el asiento del avión.....																							<input type="checkbox"/>			
¿VIAJA CON SILLA DE RUEDAS PROPIA?																													
<input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ		CONTINÚA ABAJO		MARQUE la opción correspondiente																							
° ESPECIFICACIÓN: _____																													
<input type="checkbox"/> MANUAL		<input type="checkbox"/> PLEGABLE		<input type="checkbox"/> BATERÍA		CONTINÚA ABAJO																							
° TIPO DE BATERÍA: _____																													
<input type="checkbox"/> **HUMEDA (WCBW)		<input type="checkbox"/> *GEL/SECA (WCBG)		<input type="checkbox"/> *LITIO (WCLB)		<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>																							
<b>8</b>	AMBULANCIA (NO DISPONIBLE): <b>NO</b> APLICA DENTRO DEL AEROPUERTO.																												
<b>9</b>	MEET and ASSIST: <b>NO</b> APLICA, DIFERENTE AL SERVICIO QUE BRINDA Aerolíneas Argentinas DE SILLA DE RUEDAS.																												
<b>10</b>	REQUIERE OTRO TIPO DE AYUDA EN TIERRA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ																												
	En el aeropuerto DE SALIDA, Especifique _____																												
	En el aeropuerto DE CONEXIÓN, Especifique _____																												
	En el aeropuerto DE ARRIBO, Especifique _____																												
<b>11</b>	REQUIERE SERVICIO ESPECIAL A BORDO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ Especifique: _____																												
<b>12</b>	¿POSEE "FREMEC" EMITIDA POR Aerolíneas Argentinas? (Frequent Traveler Medical Card)																												
	<input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ		COMPLETE		NÚMERO DE TARJETA FREMEC							VÁLIDA HASTA					EDAD			SEXO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
	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 y Austral Líneas Aéreas Cielos del Sur 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																													

MEDIF ANEXO B (Parte 1 /carilla 1)

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

NOMBRE y APELLIDO (pasajero)

FECHA NACIMIENTO

SEXO

ALTURA

PESO

MEDA 2

NOMBRE y APELLIDO (médico)

TELÉFONO de CONTACTO (con códigos de país y área)

MAIL

MEDA 3

DIAGNÓSTICO : (incluir fecha de inicio de la enfermedad, episodio o accidente )

¿ES UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA o TRANSMISIBLE ?

Fecha de inicio:

¿PUEDE EL PACIENTE USAR EL ASIENTO EN POSICIÓN VERTICAL CUANDO ASÍ SE LO REQUIERA ?

NO

SÍ

¿NECESITA UTILIZAR ALGÚN SISTEMA DE SOPORTE/SUJECCIÓN, EN EL ASIENTO PARA MANTENER EL TORSO ERGUIDO?

NO

SÍ

ARNÉS

SILLA POSTURAL

TIPO Y FECHA DE CUALQUIER CIRUGÍA RECIENTE

Fecha:

MEDA 4

SIGNOS ACTUALES Y SEVERIDAD

MEDA 5

¿PUEDE UNA REDUCCIÓN DEL 25% AL 30% EN LA PRESIÓN PARCIAL DEL OXÍGENO (HIPOXIA RELATIVA), AFECTAR LA CONDICIÓN MÉDICA DEL PACIENTE ? (LA PRESIÓN DE LA CABINA PASA A SER EL EQUIVALENTE A UN VIAJE RÁPIDO A UNA MONTAÑA CON UNA ELEVACIÓN DE 2400 METROS (8000 PIES), SOBRE EL NIVEL DEL MAR) ?

NO

SÍ

MEDA 6

INFORMACIÓN CLÍNICA ADICIONAL:

A- CONDICIÓN HEMATOLÓGICA

ANEMIA:

En caso afirmativo, enviar el último resultado en gramos de hemoglobina

Fecha:

- SE ENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE POR ALGUNA CAUSA?

NO

SÍ

B- TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y CONVULSIONES

NO

SÍ

C- CONDICIÓN CARDÍACA

NO

SÍ

D- CONTROL DE VEJIGA NORMAL

NO

SÍ

En caso negativo, indique la forma de control.

E- ¿ SE ENCUENTRA EL PACIENTE BAJO TRATAMIENTO DE DIALISIS ?

NO

SÍ

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

F- ¿CONTROL INTESTINAL NORMAL?

NO

SÍ

G- ¿EL PACIENTE, TIENE UNA CONDICIÓN RESPIRATORIA ESPECIAL ?

NO

SÍ

H- ¿USA EL PACIENTE OXÍGENO EN EL HOGAR ?

NO

SÍ

En caso positivo, especifique la cantidad y el tiempo de autonomía en horas sin oxígeno:

I-¿NECESITA UTILIZAR SU PROPIO CONCENTRADOR DE OXIGENO PORTÁTIL A BORDO?

NO

SÍ

En caso afirmativo especificar, MARCA:

MODELO:

J- ¿VIAJA CON OTROS DISPOSITIVOS MÉDICOS DE ASISTENCIA RESPIRATORIA QUE VA A UTILIZAR EN VUELO?

NO

SÍ

En caso afirmativo indique cuál: CPAP BIPAP VPAP APAP EPAP

IMPORTANTE : Duración de la/s Batería/s en Horas:

Para vuelos de menos de 6 horas: autonomía equivalente a 3 horas adicionales del tiempo programado del itinerario, incluidas escalas y conexiones.

Para vuelos de más de 6 horas: autonomía equivalente al 150% del tiempo programado del itinerario, incluidas escalas y conexiones.

Continúa sig. hoja



Continuación

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 7**

ACOMPAÑANTE

A- ¿ESTÁ EL PACIENTE EN CONDICIONES DE VIAJAR SIN ACOMPAÑANTE ? NO ☐ SÍ ☐

B- EN CASO NEGATIVO, ¿ES SUFICIENTE LA ASISTENCIA BRINDADA POR LA COMPAÑÍA EN EL EMBARQUE/DESEMBARQUE ? NO ☐ SÍ ☐

C- EN CASO NEGATIVO, ¿VIAJARÁ EL PACIENTE CON UN ACOMPAÑANTE QUE LO ASISTA EN SUS NECESIDADES A BORDO ? NO ☐ SÍ ☐

D- EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUIÉN ACOMPAÑARÁ AL PACIENTE ? ENFERMERO ☐ MÉDICO ☐ OTRO ☐

E- EN CASO DE "OTRO", ¿ ESTÁ EL ACOMPAÑANTE TOTALMENTE CAPACITADO PARA ATENDER TODAS LAS NECESIDADES MENCIONADAS ? NO ☐ SÍ ☐

**MEDA 8**

MOVILIDAD Y APARATO LOCOMOTOR

A- ¿PADECE ACTUALMENTE UNA FRACTURA DE HUESO ? NO ☐ SÍ ☐ (\*En caso afirmativo, ver Parte 2)

B- ¿PUEDE CAMINAR SIN ASISTENCIA ? NO ☐ SÍ ☐

C- ¿REQUIERE SILLA DE RUEDAS PARA EMBARCAR ? NO ☐ SÍ ☐ \*

\* EN CASO AFIRMATIVO: HASTA EL AVIÓN ? NO ☐ SÍ ☐ HASTA EL ASIENTO DEL AVIÓN ? NO ☐ SÍ ☐

**MEDA 9**

MEDICAMENTOS

LISTADO DE MEDICACIÓN DEL PACIENTE Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN (BAJO LA EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE /ACOMPAÑANTE)

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

**MEDA 10**

INFORMACIÓN MÉDICA ADICIONAL SOBRE PATOLOGÍA, COMORBILIDADES, UTILIZACIÓN DE SONDAS, CATÉTERES U OTROS DISPOSITIVOS Y/O CONDICIONES QUE PUEDAN SER RELEVANTES DURANTE EL TRANSPORTE AÉREO.

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

# MEDIF ANEXO B (Parte 2)

► 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

A- ANGINA ☐ NO ☐ SÍ ☐ ¿CÚANDO 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 ☐ ¿CÚANDO 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 ☐ ¿CÚANDO 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 DEL EXÁMEN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ ¿CÚANDO 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

\_\_\_\_\_  
FIRMA y SELLO DEL MÉDICO