



CERTIFICADO MÉDICO

Estimado Viajero:

Por favor marque con una **X** el caso médico que presenta:

Solicito Botella de oxígeno¹

Transporto Concentrador de oxígeno Personal Marca del Concentrador²: _____

Madre gestante mayor a 32 semanas de embarazo

Otra Condición Médica³ ¿Cuál? _____

¹. Con el fin de brindar una atención oportuna a este requerimiento, es necesario solicitar a su médico diligenciar el presente formato o el envío de un certificado médico con la información aquí requerida. Este documento debe ser enviado vía fax al *call center* a nombre de Servicios Especiales; para ello, elija las opciones del menú en Colombia y en el resto del mundo 1-1-4-1, si elige la opción de menú en inglés debe solicitar al asesor que transfiera la llamada a la extensión 14541 correspondiente a Servicio de oxígeno; o envíe copia al correo genserespmd@avianca.com, mínimo 24 horas antes de la salida del vuelo para rutas en Colombia y 48 horas para rutas internacionales. Este envío es requisito para continuar con el trámite de la solicitud del servicio especial.

². Ver listado de equipos autorizados: (*link Oxígeno*)
<http://www.avianca.com/Inicio/Navegacion/ViajaConNosotros/Preparando+el+Viaje/es/ServiciosEspeciales.htm>

³. Consulte la Guía médica de autorización para el transporte de Viajeros, emitida por la Aeronáutica Civil el 23 de julio de 2008. (Link Condiciones médicas especiales)
<http://www.avianca.com/Inicio/Navegacion/ViajaConNosotros/Preparando+el+Viaje/es/ServiciosEspeciales.htm>

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre completo del Viajero _____

Número del documento de identidad: _____ Tipo de documento: _____

Número de confirmación / reservación: Número de vuelo / fecha _____

Números telefónicos del viajero incluyendo código de área o país:
(____) _____ (____) _____

Números telefónicos de un familiar en el origen incluyendo código de área o país:
(____) _____ (____) _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Esta información debe ser diligenciada únicamente por el médico tratante del Viajero en los campos que aplique.

Edad del Viajero: _____

Fecha de inicio de la condición médica en cuestión: _____ día/ _____ mes/ _____ año

Diagnóstico (s):
1. _____
2. _____
3. _____

Tratamiento(s) médico(s):
1. _____

2. _____
3. _____

Cirugía(s) y fecha de la(s) misma(s):

1. _____
2. _____
3. _____

Condición actual del paciente: su estado de conciencia, puede caminar por sí solo, etc.

¿Requiere de alguna medicación? ¿Cuál?: _____

En caso de requerir oxígeno terapéutico en vuelo (Por favor, indique sólo una de las siguientes opciones):

- Para solicitud de botella(s) de oxígeno:

1. Flujo en LPM		2. Vía de administración			
2	4	Mascarilla		Cánula Nasal	

- Para uso de concentrador de oxígeno POC: _____ LPM

Yo, Dr. (a) _____ con registro médico profesional No. _____, y No. de identificación _____ declaro y certifico que este paciente está bajo mi cuidado y que es apto para realizar un vuelo de manera segura, sin requerir de ningún otro tipo de cuidado médico durante su viaje, inclusive, si la duración del viaje es mayor al previsto o llegara a terminar en algún otro punto por requerimiento operacional o por cuestiones fuera del control de la aerolínea o surge algún otro contratiempo durante el itinerario. También certifico que el paciente arriba mencionado no padece de ninguna enfermedad infectocontagiosa o alguna otra que pueda ser transmitida a otros Viajeros durante el viaje.

Así mismo, certifico que el paciente se encuentra estable hemodinamicamente y no se encuentra en estado crítico, por lo cual puede viajar en aviones comerciales sin requerir del servicio de una ambulancia médica aérea.

Nombre completo del médico: _____

Fecha expedición certificado: _____ día/ _____ mes/ _____ año

Especialidad: _____

Dirección: _____

Teléfono fijo y móvil incluyendo código de área o país:
(____) _____ (____) _____

Entidad donde trabaja: _____

Firma y sello del médico y/o de la entidad donde trabaja: _____