

## CERTIFICADO MÉDICO

### Estimado Viajero:

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

Solicito Botella de oxígeno<sup>1</sup>

Transporto Concentrador de oxígeno Personal  Marca del Concentrador<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

Madre gestante mayor a 32 semanas de embarazo

Otra Condición Médica<sup>3</sup>  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>. 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*, eligiendo las opciones del menú en Colombia y en el resto del mundo: 1-1-4-2 y para USA: 2-5-2 a nombre de Servicios Especiales o al correo electrónico [genserespmd@avianca.com](mailto:genserespmd@avianca.com), mínimo 24 horas antes de la salida del vuelo para rutas en Colombia y 48 horas para internacionales. Este envío es requisito para continuar con el trámite de la solicitud del servicio especial.

<sup>2</sup>. Ver listado de equipos autorizados: (*link Oxígeno*)

<http://www.avianca.com/Inicio/Navegacion/ViajaConNosotros/Preparando+el+Viaje/es/ServiciosEspeciales.htm>

<sup>3</sup>. 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: \_\_\_\_\_