

CERTIFICADO MÉDICO**Estimado Medico tratante:**

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

Necesidad de oxígeno suplementario a bordo: Concentrador de oxígeno POC.

La Dirección Federal de Aviación (FAA) prohíbe el uso de unidades de oxígeno personal durante el vuelo, ya que contienen gas comprimido u oxígeno líquido y son considerados materiales peligrosos. Sin embargo, recientemente, la FAA publicó pautas que permiten el uso a bordo de ciertos concentradores de oxígeno portátiles.

Transporta Concentrador de oxígeno Personal Marca del Concentradorz:

Confirmación de Madre gestante mayor a 30 semanas de embarazo para vuelos internacionales y domésticos _____

Otra Condición Médica: ¿Cuál? _____

1. Con el fin de hacer seguimiento a este requerimiento, es necesario que el médico tratante, diligencie el presente formato o el envío de un certificado médico con la información aquí requerida. Este documento debe ser enviado al correo serviciosespeciales@centrosolucionavianca.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 por la FAA: ([link Oxígeno](http://www.avianca.com/Inicio/Navegacion/ViajaConNosotros/Preparando+el+Viaje/es/ServiciosEspeciales.htm))
<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](#)) o [directamente de la página de la FAA: https://www.faa.gov/about/initiatives/cabin_safety/portable_oxygen/](https://www.faa.gov/about/initiatives/cabin_safety/portable_oxygen/)

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 suplementario en vuelo - Para uso de concentrador de oxígeno
POC: _____ LPM Y marca del equipo

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.

De igual forma dejo mis datos para cualquier inquietud durante el análisis y la aprobación por parte de los médicos de la compañía o de sanidad aeroportuaria, quienes son los que emiten la autorización final.

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: _____