

PARTE 1

Para ser
cumplimentado por el
Facultativo del Cliente

**INCAD: Información para transporte de
pasajeros en condiciones físicas especiales**
Ref.: Resolución 700 de IATA



Conteste a todas las preguntas. Marque con una cruz (x) las casillas "SI" o "NO"
Utilice LETRA MAYÚSCULA o MÁQUINA DE ESCRIBIR para complementar este documento.

A APELLIDOS / NOMBRE:
D.N.I./ PASAPORTE:

B ITINERARIO PROPUESTO (N.º de vuelo/s, clase, fecha, situación de la reserva, PNR). El transbordo de un vuelo a otro requiere frecuentemente un tiempo de conexión más largo.

C NATURALEZA DE LA INCAPACIDAD:

D ¿NECESITA CAMILLA A BORDO? (Todos los casos de camillas deben ir acompañados)
SI (Solicite la Tarifa si no la sabe) NO

E ACOMPAÑANTE PREVISTO (Apellidos, nombre, sexo, edad, profesión, trayecto a realizar si difieren de los del pasajero. En el caso de pax ciegos y/o sordos indique si irá acompañado de perro lazarillo):

F ¿NECESITA SILLA DE RUEDAS? ¿Silla propia? ¿Plegable? ¿A motor?
Tipos de Sillas de Ruedas NO SI NO SI NO SI

NO SI WCHR- Pax puede subir/bajar avo ¿Batería derramable?
 WCHS- Pax no puede subir/bajar avo NO SI
 WCHC- Pax completamente inmóvil

NOTA: Las sillas de ruedas con baterías derramables son "mercancías peligrosas" y son aceptados en el avión bajo determinadas condiciones. Solicítelas a las Cías. aéreas. Además, determinados países pueden imponer algunas restricciones para su aceptación.

G ¿NECESITA AMBULANCIA? (Solicite tarifa si no la conoce)
NO SI Indique Nombre y teléfono de la empresa:
Indique dirección de destino:

K NECESITA PREPARATIVOS ESPECIALES EN EL VUELO (tales como comidas especiales, asiento especial, apoya piernas, extra SEAT, equipo especial, etc., ver nota al final de la parte 2 (al dorso).
NO SI Indique: (a) Trayectos en los que se requiera; (b) Si debe ser preparado por la Cía. o por terceros; (c) con cargo a quien. Para equipos especiales (oxígeno, etc.) siempre hay que rellenar la parte 2 (al dorso).

DECLARACIÓN DEL PASAJERO o persona que lo represente:

AUTORIZO POR LA PRESENTE AL DOCTOR..... para que, por medio del punto de venta o directamente, facilite a la Cía. aérea la información que soliciten los servicios médicos, con objeto de determinar mi aptitud para el transporte aéreo, exonerándole de su reserva profesional con respecto a tal información y aceptando satisfacer los honorarios médicos que a tal efecto correspondan.

Acepto que, si soy admitido para el transporte, mi viaje estará sujeto a las condiciones generales de transporte/normas del transportista correspondiente, el cual no asumirá ninguna responsabilidad especial que exceda de las mencionadas condiciones/normas.

Acepto bajo mi responsabilidad soportar cualquier consecuencia que del transporte aéreo pueda derivarse para mi estado de salud, y descargo al transportista, sus empleados, representantes y agentes de cualquier responsabilidad por tal motivo.

Me comprometo a reintegrar al transportista todo desembolso especial o gasto derivado de mi transporte.

En el caso de utilizar un equipo propio, no suministrado por el transportista, este deberá estar libre de grasas y en perfectas condiciones, que puedan asegurar un correcto funcionamiento que no afecte a la seguridad en el vuelo, y en el caso de equipos de Oxígeno, el usuario no llevará lociones o cremas durante su uso.

Si se transportan baterías de repuesto para el equipo, éstas deberán ir protegidas de posibles cortocircuitos y/o daños.

En cumplimiento con el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) del 25 de mayo de 2018, CANARYFLY garantiza que el uso que se dará a este documento es únicamente el especificado.

(Debe ser leído por el pasajero y fechado y firmado por él/ella o su representante)

LUGAR FECHA FIRMA (DNI/PASAPORTE)

Este formulario tiene el fin de facilitar información CONFIDENCIAL para que el servicio médico de las compañías aéreas, puedan determinar la aptitud del pasajero/a para poder volar. Si el pasajero/a es aceptable, esta información permitirá tomar las medidas necesarias para la seguridad y comodidad del pasajero/a. Se ruega al Médico del pasajero/a que RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS. Ponga una cruz "X" en las casillas "SI" o "NO" según corresponda y/o dé las respuestas necesarias de manera concisa. COMPLETE EL INFORME CON LETRA MAYÚSCULA O EN MÁQUINA DE ESCRIBIR.

MEDA 01 APELLIDOS, NOMBRE, SEXO, EDAD DEL PACIENTE

MEDA 02 MÉDICO DEL PASAJERO: NOMBRE

DIRECCIÓN:

N.º DE COLEGIADO:

TELÉFONO PROFESIONAL:

TELÉFONO PARTICULAR:

MEDA 03 DATOS MÉDICOS: DIAGNÓSTICO DETALLADO (incluyendo signos vitales)

DÍA/MES/AÑO de los primeros síntomas:

FECHA DEL DIAGNÓSTICO:

MEDA 04 PRONÓSTICO PARA EL VIAJE:

MEDA 05 ¿ENFERMEDAD CONTAGIOSA Y TRANSMISIBLE? NO SI Especificar:

MEDA 06 ¿PUEDE SER MOLESTO DE ALGÚN MODO A OTROS PASAJEROS? (olor, aspecto, conducta)

NO

SI Especificar:

MEDA 07 ¿PUEDE UTILIZAR EL PACIENTE EL ASIENTO NORMAL DE LOS AVIONES CON EL RESPALDO COLOCADO EN POSICIÓN VERTICAL CUANDO ASÍ SE REQUIERA?

NO

SI

MEDA 08 ¿PUEDE EL PACIENTE VALERSE POR SI MISMO, SIN AYUDA, A BORDO (incluyendo comidas, ir al baño, ¿etc)?

SI

NO Especifique que tipo de ayuda necesita:

MEDA 09 SI DEBE IR ACOMPAÑADO, ¿LE PARECE SATISFACTORIO LO PROPUESTO EN LA PARTE 1/E DE ESTE FORMULARIO?

SI

NO* Indique tipo de acompañante propuesto por usted:

MEDA 10 ¿SE NECESITA EQUIPO DE OXÍGENO EN VUELO? NO SI Litros por minuto

¿Continuo? SI NO

¿NECESITA EL PACIENTE MEDICACIÓN QUE NO SEA AUTOADMINISTRADA Y/O EL USO DE APARATOS ESPECIALES, TALES COMO RESPIRADOR, INCUBADORA, CONCENTRADOR DE O₂, ¿ETC.?

MEDA 11 a) En TIERRA mientras está en el/los Aeropuertos SI NO Especificar:

MEDA 12 b) A bordo del AVIÓN SI NO Especificar:

¿NECESITA EL PACIENTE HOSPITALIZACIÓN? (En caso afirmativo indique los preparativos realizados, en caso de no haberse hecho ninguno indique "NO SE HA TOMADO NINGUNA MEDIDA")

MEDA 13 A) Durante grandes retrasos o en puntos de conexión en ruta NO SI Medida:

MEDA 14 B) A la llegada a destino NO SI Medida:

MEDA 15 OTRAS MEDIDAS O COMENTARIOS DE INTERÉS PARA LA COMODIDAD Y CONFORT DE SU PACIENTE. Indique cuales: NINGUNA

MEDA 16 OTROS PREPARATIVOS REALIZADOS POR EL MÉDICO ASISTENTE:

FECHA:

LUGAR:

FIRMA DEL MÉDICO ASISTENTE:

* NOTA: La tripulación auxiliar no está autorizada a dar asistencia especial a determinados pasajeros, en detrimento del servicio a otros pasajeros. Además, sólo ha sido entrenada en primeros auxilios y no tiene permitido poner inyecciones, dar medicación.