

Hoja de información para pasajeros que requieren asistencia especial

1. Apellidos / Nombre
2. Registro de Nombre de Pasajero (PNR)
3. Itinerario Propuesto
- Compañía(s), número(s) de vuelo(s)
- Clase(s), fecha(s), ruta(s)
4. Naturaleza de la discapacidad
5. ¿Camilla requerida a bordo? ___ Sí ___ No
6. Acompañante interno ___ Sí ___ No
- Nombre Apellidos Edad
- PNR (si es diferente)
- Cualificación Médica ___ Sí ___ No Idioma hablado
7. Silla de ruedas necesaria ___ Sí ___ No
- Categoría silla de ruedas ___ WCHR ___ WCHS ___ WCHC Silla ruedas propia ___ Sí ___ No
- Plegable WCOB ___ Sí ___ No Tipo silla ruedas ___ WCBD ___ WCBW ___ WCMP
8. Ambulancia necesaria (Debe arreglarse con la Cía.) ___ Sí ___ No
- (Si) dirección de destino
- (No) contacto compañía de ambulancia
9. Encuentro y asistencia
- (Si) Contacto persona de encuentro
10. Otras necesidades en tierra ___ Sí ___ No
- (Si) especificar
- Aeropuerto de salida
- Aeropuerto en tránsito
- Aeropuerto de llegada
11. Necesidades especiales en vuelo ___ Sí ___ No
- (Si) Tipo de necesidad (comida especial, asiento extra o especial)
- Equipo (respirador, incubador, oxígeno, etc.)
- Especificar conformidad con la compañía y el gasto
12. Tarjeta médica de pasajero frecuente (FREMEC) ___ Sí ___ No
- (Si) número FREMEC, emitido por, fecha caducidad

Information Sheet for Passengers Requiring Special Assistance

1. Last name / First name / Title.....
2. Passenger name record (PNR).....
3. Proposed itinerary
 Arline(s), flight number(s)
 Class(es), dat(s), segment(s)
4. Nature of disability
5. Stretcher needed onboard? Yes No
6. Intended scorts Yes No
 Name Title Age
 PNR if diferente
- Medical qualification Yes No Language Spoken.....
7. Wheelchair needed Yes No
 Wheelchair categories WCHR WCHS WCHC Own wheelchair YES No
 Collapsible WCOB Yes No Wheelchair type WCBD WCBW WCMP
8. Ambulance needed (to be arranged by the Airline) Yes No
 If yes, specify destination adress.....
 If no, specify ambulance company contact.....
9. Meet and assist
 If designated person, specify contact
10. Other ground arrangements needed Yes No
 If yes, specify
- Departure airport.....
 Transit airport.....
 Arrival airport
11. Special inflight arrangements needed Yes No
 If yes, specify type of arrangements (special meal, extra seat, leg rest, special seating)
 Specify equipment (respirator, incubator, oxygen, etc)
 Specify arranging company and at whose expense
12. Frequent traveler medical card (FREMEC) Yes No
 If yes, specify FREMEC number, issued by, expery date.....