MEDIF
HOJA INFORMATIVA PARA PASAJEROS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN MÉDICA – PARTE 2
De conformidad con la Resolución IATA 700, Anexo B

Confidencial
Este formulario debe ser cumplimentado por el médico.

Contestar todas las preguntas. Marcar con una cruz (x) las casillas "Si" o "No". Usar letras mayúsculas legibles para completar este formulario.

Nota para el médico: Los datos que aparecen en este formulario serán tratados de forma confidencial; la finalidad de estos datos es facilitar a los servicios médicos de la/s compañía(s) aérea(s), ya que es su obligación, para que determinen a través de los datos proporcionados y la experiencia si el pasajero puede viajar por vía aérea y en qué condiciones de acuerdo a los servicios solicitados. Estos datos también ayudarán al Servicio Médico de Air Europa a facilitar las instrucciones o ayudas apropiadas para el cuidado del paciente teniendo en cuenta tanto su diagnóstico así como las condiciones especiales de su transporte por vía aérea.

1. Nombre completo del pasajero/a:

Fecha de nacimiento: Sexo: Altura: Peso:

2. Datos del médico:

Nombre y apellidos: Nombre del Hospital o Clínica:

E-mail: Fax: (Código país & ciudad):

Teléfono/s de contacto (Código país & ciudad): //

INFORMACION MÉDICA

3. Diagnóstico (incluir la fecha de inicio de la enfermedad actual, episodio o accidente y el tratamiento, especifique si es contagiosa)

Razón y fecha de cualquier cirugía reciente y / o relevantes:

4. Sintomas actuales y severidad Fecha de inicio:

5.	**¿Podría la disminución del 25% al 30% en la presión parcial del oxígeno ambiental (hipoxia relativa) afectar la condición médica del paciente?** (La presión de la cabina se convierte en el equivalente a un viaje rápido a una montaña a una altitud de 2400 metros (8000 pies) sobre el nivel del mar)	☐ Sí	☐ No	☐ No está seguro

6. Información clínica adicional

a.	Anemia:	☐ Si	☐ No	Si es afirmativo anotar los resultados recientes de hemoglobina en gramos:
b.	Trastornos psiquiátricos / convulsiones:	☐ Si	☐ No	Si es afirmativo ver parte 2
c.	Enfermedad cardiovascular:	☐ Si	☐ No	Si es afirmativo ver parte 2
d.	Control de la vejiga normal:	☐ Si	☐ No	Si es negativo, confirmar cual es el sistema de control:
e.	Control intestinal normal:	☐ Si	☐ No	
f.	Enfermedad respiratoria:	☐ Si	☐ No	Si es afirmativo, ver parte 2
g.	¿ Usa el paciente oxígeno en el hogar ?:	☐ Si	☐ No	Si es afirmativo especificar la cantidad:_____LPM
h.	¿ Necesita oxígeno en vuelo ? **Nota:** Air Europa no provee de servicio de oxígeno médico a bordo.	☐ Si	☐ No	Si es afirmativo especificar: De 2 LPM A 8 LPM: _____LPM Flujo continuo: ☐ Si ☐ No
i.	¿ Puede el pasajero o acompañante manejar el equipo de oxígeno?	☐ Si	☐ No	

7. Acompañante

a.	¿Está el paciente en condiciones de viajar sin acompañante?	☐ Si	☐ No
b.	En caso negativo, ¿es suficiente una ayuda en el embarque / desembarque por parte de la Compañía Aérea?	☐ Si	☐ No
c.	En caso negativo, ¿viajará el paciente con un acompañante para que le asista en sus necesidades a bordo?	☐ Si	☐ No
d.	En caso afirmativo, ¿quién acompañará al pasajero? ☐ Médico ☐ Enfermera ☐ Otro.- Especificar:_____(Ver e.)		
e.	Si es "Otro" ¿está el acompañante totalmente capacitado para atender las necesidades arriba mencionadas?	☐ Si	☐ No

8. Movilidad

a. Está capacitado para caminar sin asistencia: ☐ Si ☐ No

b. Requiere silla de ruedas para embarcar: ☐ hasta el avión ☐ hasta el asiento del avión ☐ Si ☐ No. En caso afirmativo

9. ¿Lleva el paciente medicamentos consigo? Anotarlos:

10. Anotar cualquier otra información médica de interés:

PRIVACIDAD: Conforme a lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (RGPD) y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD), le informamos que los datos personales que nos facilite, con carácter obligatorio, serán tratados por **AIR EUROPA LÍNEAS AÉREAS S.A.U**, como Responsable de Tratamiento, con finalidad de facilitar a nuestros Servicios Médicos para la determinación, a través de los datos proporcionados y los conocimientos médicos, si el pasajero puede viajar por vía aérea y en qué condiciones. Estos datos, también, ayudarán al Servicio Médico a facilitar las instrucciones o ayudas apropiadas para la atención al pasajero considerando tanto, su diagnóstico, como las condiciones especiales del transporte aéreo. Le indicamos que sus datos serán conservados mientras dure la relación comercial, y permanecerán bloqueados durante 6 años tras la finalización de la misma y posteriormente se eliminarán. La base jurídica del tratamiento es el cumplimiento de una obligación legal (Resolución IATA 700, Anexo B). Los datos no se comunicarán a terceros, salvo obligación legal o para la prestación del servicio. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación de sus datos, así como el derecho a retirar el consentimiento prestado en cualquier momento, enviando una solicitud por escrito, adjuntando su documento identificativo a: delegadopd@aireuropa.com. En cualquier situación, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es).

MEDIF
INFORMATION SHEET FOR PASSENGERS REQUIRING MEDICAL CLEARANCE – PART 2
In accordance with IATA Resolution 700, Attachment B

Confidential
To be completed or obtained from the attending physician.

Answer all questions. Enter a cross (X) in the appropriate "Yes" or "No" boxes. Use block letters when completing this form.

Note for the attending physician: The details requested in here will be treated confidentially; they should enable the Medical Services of the airline(s), as it is their obligation, to judge by their specific air medical knowledge and experience if and under what conditions the patient can be permitted to travel by aircraft as requested. These details will also help the Medical Service in issuing appropriate instructions for the patient's care which duly consider both his/her diagnosis and the special circumstances of the requested air journey.

1. Patient´s name:

Date of birth: Sex: Height: Weight:

2. Attending physician

Name: Name of Hospital or Clinic:

E-Mail: Fax:

Telephone/s (mobile preferred) indicate country and area code: //

MEDICAL INFORMATION

3. Diagnosis (including date of onset of current illness, episode or accident and treatment, specify if contagious)

Nature and date of any recent and/or relevant surgery:

4. Current symptoms and severity Date of onset:

5. Will a 25% to 30% reduction in the ambient partial pressure of oxygen (relative hypoxia) affect the passenger's medical condition? (Cabin pressure to be the equivalent of a fast trip to a mountain elevation of 2,400 meters (8,000 feet) above sea level):

☐ Yes ☐ No ☐ Not sure

6. Additional clinical information

a.	Anemia:	☐ Yes	☐ No	If yes, give recent result in grams of hemoglobin:	
b.	Psychiatric and seizure disorder:	☐ Yes	☐ No	If yes, see Part 2	
c.	Cardiac condition:	☐ Yes	☐ No	If yes, see Part 2	
d.	Normal bladder control:	☐ Yes	☐ No	If no, give mode of control:	
e.	Normal bowel control:	☐ Yes	☐ No		
f.	Respiratory condition:	☐ Yes	☐ No	If yes, see Part 2	
g.	Does the patient use oxygen at home ?	☐ Yes	☐ No	If yes, specify how much:	
h.	Oxygen needed in flight ? **Note:** Air Europa does not provide onboard medical oxygen.	☐ Yes	☐ No	If yes, specify: From 2 LPM TILL 8 LPM _____LPM	Continuous use: ☐ Si ☐ No
i.	Can the patient or escort operate the portable medical oxygen device ?	☐ Yes	☐ No		

7. Escort

a. Is the patient fit to travel unaccompanied? ☐ Yes ☐ No

b. If no, would a meet-and-assist (provided by the airline to embark and disembark) be sufficient? ☐ Yes ☐ No

c. If no, will the patient have a private escort to take care of his/her needs on board? ☐ Yes ☐ No

d. If yes, who should escort the passenger? ☐ Doctor ☐ Nurse ☐ Other

e. If other, is the escort fully capable to attend to all the above needs? ☐ Yes ☐ No

8. Mobility

a. Able to walk without assistance: ☐ Yes ☐ No b. Wheelchair required for boarding: ☐ to aircraft ☐ to seat

9. Medication list

10. Other medical information:

PRIVACY. In accordance with the provisions of Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council, of 27 April 2016 (GDPR) and in Spanish Organic Law 3/2018, of 5 December, on Data Protection and Guaranteeing of Digital Rights (LOPDGDD), we inform you that the personal data that you provide us, of a mandatory nature, will be processed by **AIR EUROPA LÍNEAS AÉREAS SAU**, as a Data Controller, with the purpose of facilitating to our Medical Services for the determination, through of the data provided and medical knowledge, if the passenger can travel by air and under what conditions. These data will also help the Medical Service to provide the instructions or appropriate aids for the care of the passenger, considering both their diagnosis, as well as the special conditions of transport by air. We indicate that your data will be kept for the duration of the commercial relationship and will remain blocked for 6 years after the end of it and will subsequently be deleted. The lawful basis for processing is compliance with a legal obligation (IATA Resolution 700, Annex B). The data will not be communicated to third parties, except by legal obligation or for the execution of the service. You can exercise your rights of withdrawal of consent, access, rectification, object, erasure, limitation and portability of your data at any time by sending a written request, attaching your identification document to: delegadopd@aireuropa.com. In any situation, you have the right to file a complaint with the Spanish Data Protection Authority (www.agpd.es).

AirEuropa	**MEDIF** **HOJA INFORMATIVA PARA PASAJEROS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN MÉDICA –** PARTE 2 De conformidad con la Resolución IATA 700, Anexo B	***Confidencial*** *Este formulario debe ser cumplimentado por el médico.*

Contestar todas las preguntas. Marcar con una cruz (x) las casillas "Si" o "No". Usar letras mayúsculas legibles para completar este formulario.

1. Enfermedad cardiovascular

a. Angina: ☐ Si ☐ No ¿Cuándo fue el último episodio? _____

- ¿La condición actual es estable? ☐ Si ☐ No
- ¿Clasificación functional del paciente?

☐ No tiene sintomas ☐ Angina de esfuerzo ☐ Angina de esfuerzo leve ☐ Angina de reposo

- ¿Puede el paciente caminar 100 metros a un ritmo normal o subir 10 - 12 escalones sin síntomas? ☐ Si ☐ No

b. Infarto de miocardio: ☐ Si ☐ No Fecha_____

- ¿Tiene complicaciones? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, facilitar detalles_____
- ¿Ha realizado una prueba de esfuerzo – ECG? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, ¿Cuál fue el resultado? Metz:_____
- Si ha sufrido una operación de angioplastia o bypass coronario, ¿puede el paciente caminar 100 metros a un ritmo normal o subir 10 - 12 escalones sin síntomas? ☐ Si ☐ No

c. Insuficiencia cardíaca ☐ Si ☐ No Cuando fué el ultimo episodio? _____

- Está el paciente controlado con la medicación? ☐ Si ☐ No
- ¿ Clasificación funcional del paciente?

☐ No hay sintomas ☐ Disnea de esfuerzo ☐ Disnea de esfuerzo leve ☐ Disnea de reposo

d. Síncope: ☐ Si ☐ No ¿Cuando fue el último episodio? _____

¿Investigada? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, facilitar detalles_____

2. Enfermedad pulmonar crónica ☐ Si ☐ No

a. ¿Ha tenido el paciente gasometría recientemente? ☐ Si ☐ No

b. La gasometría se realizó en: ☐ Aire ambiente ☐ Oxigeno ☐ LPM

Si es afirmativo, ¿Cuáles fueron los resultados? _____ pCO_2 _____ pO_2 _____ Saturación Fecha del examen:___/___/____(DD/MM/AA)

c. ¿Retiene el paciente CO_2? ☐ Si ☐ No

d. ¿Se ha deteriorado recientemente su estado? ☐ Si ☐ No

e. ¿Puede el paciente caminar 100 metros a un ritmo normal o subir 10 - 12 escalones sin síntomas? ☐ Si ☐ No

f. ¿Ha volado alguna vez el paciente en un vuelo comercial en las mismas condiciones? ☐ Si ☐ No

- Si es afirmativo, ¿cuándo?_____
- ¿Presentó algún problema? Caso afirmativo. ¿Cuál?_____

3. Enfermedad psiquiátrica ☐ Si ☐ No

a. ¿Existe alguna posibilidad de que el paciente se altere durante el vuelo? ☐ Si ☐ No

b. ¿Ha realizado algún vuelo comercial anteriormente? ☐ Si ☐ No

- Si es afirmativo, confirmar la fecha del viaje: _____/_____/_____(DD/MM/AA) ¿Cómo viajó el paciente?: ☐ Solo ☐ Acompañado

4. Convulsiones ☐ Si ☐ No

a. ¿Qué tipo de convulsiones? _____

b. Frecuencia de las convulsiones:_____

c. ¿Cuándo fue la última convulsión? _____

d. ¿Están las convulsiones controladas por la medicación? ☐ Sí ☐ No

5. Pronóstico para el vuelo ☐ Bueno ☐ Malo _____

_____

Firma y sello del médico

Lugar_____ Fecha :____/_____/_____ (DD/MM/AA) _____

Nota: Los Tripulantes de Cabina de Pasajeros no están autorizados para dar asistencia a pasajeros en particular (por ejemplo, levantar a un pasajero, administrar comida a un pasajero en particular, etc), en detrimento de su servicio a los demás pasajeros. Están formados en primeros auxilios pero no se les permite aplicar inyecciones ni dar medicación alguna.

Importante: Los gastos ocasionados, si los hubiera, referentes a proporcionar equipos o asistencia especial o de soporte al paciente deben ser abonados por el pasajero en cuestión.

Médico: Una vez que haya cumplimentado y firmado este formulario (PARTE 1 y 2), por favor devuelva el formulario a su paciente.
Paciente / Cliente: Por favor, conserve en su poder este formulario (hoja original) cumplimentado y firmado por el médico, para presentarlo al personal de facturación /embarques y/o a la Tripulación de Cabina de Pasajeros, y por favor, envíe una copia de este formulario debidamente cumplimentado y firmado a su Agente de Reservas / Centro de Asistencia Telefónica de Air Europa (CAT).

PRIVACIDAD: Conforme a lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (RGPD) y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD), le informamos que los datos personales que nos facilite, con carácter obligatorio, serán tratados por **AIR EUROPA LÍNEAS AÉREAS S.A.U**, como Responsable de Tratamiento, con finalidad de facilitar a nuestros Servicios Médicos para la determinación, a través de los datos proporcionados y los conocimientos médicos, si el pasajero puede viajar por vía aérea y en qué condiciones. Estos datos, también, ayudarán al Servicio Médico a facilitar las instrucciones o ayudas apropiadas para la atención al pasajero considerando tanto, su diagnóstico, como las condiciones especiales del transporte aéreo. Le indicamos que sus datos serán conservados mientras dure la relación comercial, y permanecerán bloqueados durante 6 años tras la finalización de la misma y posteriormente se eliminarán. La base jurídica del tratamiento es el cumplimiento de una obligación legal (Resolución IATA 700, Anexo B). Los datos no se comunicarán a terceros, salvo obligación legal o para la prestación del servicio. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación de sus datos, así como el derecho a retirar el consentimiento prestado en cualquier momento, enviando una solicitud por escrito, adjuntando su documento identificativo a: delegadopd@aireuropa.com. En cualquier situación, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es).

AirEuropa	**MEDIF** **INFORMATION SHEET FOR PASSENGERS REQUIRING MEDICAL CLEARANCE – PART 2** In accordance with IATA Resolution 700, Attachment B.	***Confidential*** *To be completed or obtained from the attending physician.*

Answer all questions. Enter a cross (X) in the appropriate "Yes" or "No" boxes.- Use block letters when completing this form.

1. Cardiac condition

a. Angina: ☐ Yes ☐ No When was last episode? _____

- Is the condition stable? ☐ Yes ☐ No
- Functional class of the patient?

☐ No symptoms ☐ Angina with important efforts ☐ Angina with light efforts ☐ Angina at rest

- Can the patient walk 100 meters at a normal pace or climb 10 - 12 stairs without symptoms? ☐ Yes ☐ No

b. Myocardial infarction: ☐ Yes ☐ No Date_____

- Complications? ☐ Yes ☐ No If yes, give details_____
- Stress EKG done? ☐ Yes ☐ No If yes, what was the result? _____ Metz
- If angioplasty or coronary bypass, can patient walk 100 meters at a normal pace or climb 10 - 12 stairs without symptoms? ☐ Yes ☐ No

c. Cardiac failure ☐ Yes ☐ No When was last episode?_____

- Is the patient controlled with medication? ☐ Yes ☐ No
- Functional class of the patient?

☐ No symptoms ☐ Shortness of breath with important efforts ☐ Shortness of breath with light efforts ☐ Shortness of breath at rest

d. Syncope: ☐ Yes ☐ No Last episode_____

- Investigations? ☐ Yes ☐ No If yes, state results_____

2. Chronic pulmonary condition ☐ Yes ☐ No

a. Has the patient had recent arterial gases? ☐ Yes ☐ No

b. Blood gases were taken on: ☐ Room air ☐ Oxygen ☐ LPM

- If yes, what were the results? _____ pCO_2 _____ pO_2

Saturation_____ Date of exam:_____/_____/_____ (DD/MM/YY)

c. Does the patient retain CO_2? ☐ Yes ☐ No

d. Has his/her condition deteriorated recently? ☐ Yes ☐ No

e. Can the patient walk 100 meters at a normal pace or climb 10 - 12 stairs without symptoms? ☐ Yes ☐ No

f. Has the patient ever taken a commercial aircraft in these same conditions? ☐ Yes ☐ No

- If yes, when? _____
- Did the patient have any problems? _____

3. Psychiatric conditions ☐ Yes ☐ No

a. Is there a possibility that the patient will become agitated during flight? ☐ Yes ☐ No

b. Has he/she taken a commercial aircraft before? ☐ Yes ☐ No

- If yes, date of travel? _____/_____/_____(DD/MM/YY) Did the patient travel: ☐ alone ☐ escorted?

4. Seizure ☐ Yes ☐ No

a. What type of seizures? _____

b. Frequency of the seizures: _____

c. When was the last seizure? _____

d. Are the seizures controlled by medication? ☐ Yes ☐ No

5. Prognosis for the trip ☐ Good ☐ Poor

_____

Physician signature

Place:_____ **Date** :_____/_____/_____ (DD/MM/YY) _____

Note: Cabin attendants are not authorized to give special assistance (e.g. lifting, meals) to particular passengers, to the detriment of their service to other passengers. Additionally, they are trained only in **first aid** and are not permitted to administer any injection, or to give medication.

Important: Fees, if any, relevant to the provision of the above information and for carrier-provided special equipment are to be paid by the passenger concerned.

Physician: After you have completed and signed this form, please return the form to your patient.
Patient/Customer: Please keep original completed statement in your possession to present it to the Agent and crew, and please forward a copy of this complete form duly signed to your Booking Agent / Air Europa Telephone Assistance Centre (CAT).

PRIVACY. In accordance with the provisions of Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council, of 27 April 2016 (GDPR) and in Spanish Organic Law 3/2018, of 5 December, on Data Protection and Guaranteeing of Digital Rights (LOPDGDD), we inform you that the personal data that you provide us, of a mandatory nature, will be processed by **AIR EUROPA LÍNEAS AÉREAS SAU**, as a Data Controller, with the purpose of facilitating to our Medical Services for the determination, through of the data provided and medical knowledge, if the passenger can travel by air and under what conditions. These data will also help the Medical Service to provide the instructions or appropriate aids for the care of the passenger, considering both their diagnosis, as well as the special conditions of transport by air. We indicate that your data will be kept for the duration of the commercial relationship and will remain blocked for 6 years after the end of it and will subsequently be deleted. The lawful basis for processing is compliance with a legal obligation (IATA Resolution 700, Annex B). The data will not be communicated to third parties, except by legal obligation or for the execution of the service. You can exercise your rights of withdrawal of consent, access, rectification, object, erasure, limitation and portability of your data at any time by sending a written request, attaching your identification document to: delegadopd@aireuropa.com. In any situation, you have the right to file a complaint with the Spanish Data Protection Authority (www.agpd.es).