

Please fill out this form and send by email to mail.accordsmedicaux@airfrance.fr
 Por favor, preencha este formulario y envíelo por correo electrónico: mail.accordsmedicaux@airfrance.fr

CIRCULAR INFORMATIVA PARA PASAJEROS QUE REQUIERAN ASISTENCIA
PARTE 1 A COMPLETAR POR EL PASAJERO O TUTOR LEGAL

1. Patient's name Nombre del paciente			
Date of birth (dd/mm/yyyy) Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Gender Género	Nationality Nacionalidad	
Height (meters) Altura (Metros)	Weight (KG) Peso (KG)		
2. Booking reference (PNR) Referencia de la reserva (PNR)			
3. Flight details Detalles del vuelo		Date Fecha	
Número(s) de vuelo(s)			
4. Will the passenger be escorted ¿El pasajero será acompañado?	☐ Yes Si	☐ No No	
Medical qualification Calificaciones médicas	☐ Yes Si	☐ No No	If yes, what qualification? Si la respuesta es sí, ¿qué calificación?
Name Nombre			Date of Birth Fecha de Nacimiento
PNR if different PNR si es diferente			Nationality Nacionalidad
5. Medical condition Condición médica			
6. Wheelchair needed Se necesita silla de ruedas	☐ Yes Si	☐ No No	
Wheelchair categories* Categorías silla de ruedas*	☐ WCHR	☐ WCHS	☐ WCHC
	Own wheelchair Silla de ruedas propia	☐ Yes Si	☐ No No
* WCHR = passenger cannot walk well, but can use stairs / WCHR = el pasajero no puede caminar bien, pero puede usar las escaleras WCHS = passenger cannot walk up- and down stairs / WCHS = el pasajero no puede subir ni bajar escaleras WCHC = passenger cannot walk at all / WCHC = el pasajero no puede caminar			
7. Stretcher needed on board ¿Necesita camilla a bordo?	☐ Yes Si	☐ No No	
8. Ambulance needed on embarking and disembarking station Ambulancia necesaria en la estación de embarque y desembarque			
Name ambulance company embarking station Nombre de la empresa de ambulancias que embarca		☐ Yes Si	☐ No No
Phonenumber ambulance company embarking station Número de teléfono de la empresa de ambulancias de la estación de embarque			
Name ambulance company transit station (if applicable) Si corresponde, nombre de la estación de tránsito de la empresa de ambulancias			
Phonenumber ambulance company transit station (if applicable) Si corresponde, número de teléfono de la estación de tránsito de la empresa de ambulancias			
Name ambulance company disembarking station Nombre de la empresa de ambulancias que desembarca			
Phonenumber ambulance company disembarking station Número de teléfono de la empresa estación de desembarque			

9. Inflight arrangements needed
Disposiciones necesarias a bordo

☐ Yes
Si

☐ No
No

If yes, specify type of arrangements (e.g. extra seat, legrest) _____
Si es que sí, especifique qué tipo de disposiciones (p.ej. espacio extra, posapiés)

Specify equipment (respirator, incubator, oxygen, etc) _____
Especifique el equipo (respirador, incubador, oxígeno, etc)

10. FREMEC (Frequent traveler Medical Card)
FREMEC (Tarjeta médica de viajeros frecuentes)

or Saphir Card
o Tarjeta Saphir

☐ Yes
Si

☐ No
No

Nr. _____
Número

Expiry date _____ (dd/mm/yyyy)
Fecha caducidad _____ (dd/mm/aaaa)

11. Data protection and Privacy Consent Declaration
Protección de datos y Declaración de consentimiento de privacidad

The personal and medical details you provide on this form will be used by Air France/KLM to handle your request for medical clearance and to arrange the necessary assistance for your travel arrangements. In order to assess and manage your request, and in order to arrange for the appropriate assistance, care and equipment, it may be necessary for Air France/KLM to process and/or disclose your personal and/or medical information to other airlines in your itinerary and to third parties, such as medical professionals, airport and airline staff, service providers, government bodies and border control authorities.

You should read Air France/KLM's privacy policy for further information and for the contact details of the data protection officer.
https://www.klm.com/travel/nl_nl/customer_support/privacy_policy/privacy_policy.htm
https://www.airfrance.fr/FR/en/common/transverse/footer/edito_psc.htm

Los datos personales y médicos que facilite en este formulario serán utilizados por Air France/KLM para gestionar su solicitud de autorización médica y organizar la asistencia necesaria para sus preparativos de viaje. Con el fin de evaluar y gestionar su solicitud, y para organizar la asistencia, los cuidados y el equipo adecuados, puede ser necesario que Air France/KLM procese y/o revele su información personal y/o médica a otras compañías aéreas de su itinerario y a terceros, como profesionales médicos, personal de aeropuertos y compañías aéreas, proveedores de servicios, organismos gubernamentales y autoridades de control fronterizo.

Para más información y para conocer los datos de contacto del responsable de la protección de datos, consulte la política de privacidad de Air France/KLM.

☐ *I hereby consent to my personal and/or medical data being processed, used and/or disclosed for the purposes set out above.*
Doy mi consentimiento para que mis datos personales y/o médicos sean tratados, utilizados y/o divulgados para los fines arriba indicados.

[Date and place] (dd/mm/yyyy)
[Fecha y lugar] (dd/mm/aaaa)

[Passenger name/signature or Legal guardian name/signature]
[Nombre/firma del pasajero o nombre/firma del tutor legal]

PART 2 (TO BE COMPLETED OR OBTAINED IN ENGLISH FROM THE ATTENDING PHYSICIAN), PLEASE GO TO THE NEXT PAGE
PARTE 2 (DE SER POSIBLE, DEBE CUMPLIMENTARSE U OBTENERSE EN INGLÉS DEL MÉDICO A CARGO DEL PACIENTE), POR FAVOR VAYA A LA PÁGINA SIGUIENTE

INFORMATION SHEET FOR PASSENGERS REQUIRING MEDICAL CLEARANCE HOJA INFORMATIVA PARA PASAJEROS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN MÉDICA

- 1. Diagnosis** (including date of onset of current illness, episode or accident and treatment, specify if contagious):
Diagnóstico (incluyendo fecha de inicio de la enfermedad, episodio o accidente actual y tratamiento, especificar si es contagioso)

Nature and date of any recent and/or relevant surgery
Naturaleza y fecha de cualquier cirugía reciente y/o relevante

- 2. Current symptoms and severity**
Síntomas actuales y gravedad

- 3. Additional clinical information**
Información clínica adicional

- | | | | |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|---|
| a. Normal bladder control
Control normal de la vejiga | ☐ Yes
Si | ☐ No
No | If no, give mode of control _____
En caso negativo, describa modo de control |
| b. Normal bowel control
Control intestinal normal | ☐ Yes
Si | ☐ No
No | If no, give mode of control _____
En caso negativo, describa modo de control |
| c. Anemia
Anemia | ☐ Yes
Si | ☐ No
No | If yes, give recent result _____ mmol/l or _____ g/100ml of hemoglobin
En caso afirmativo, indique el resultado en mmol/l o g/100ml de hemoglobina |

- 4. 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 2400 meters (8000 feet) above sea level)
¿Una reducción del 25% al 30% de la presión parcial de oxígeno ambiental (hipoxia relativa) afectará al estado médico del pasajero? (La presión en cabina equivaldría a un viaje rápido a una altitud de montaña de 2400 metros (8000 pies) por encima del nivel del mar)

☐ Yes ☐ No ☐ Not sure
 Si No No es Seguro

- 5. Oxygen needed in flight**
Oxígeno necesario en vuelo

- | | | | |
|--|---|-----------------------------------|--|
| a. Oxygen needed in flight?
¿Necesita oxígeno durante el vuelo? | ☐ Yes
Si | ☐ No
No | If yes, complete O ₂ rate l/min (on-demand)
En caso afirmativo, complete la tasa de oxígeno l/m (bajo demanda) |
| | ☐ 1,2 | ☐ 2,0 | ☐ 2,8 ☐ 3,6 ☐ 4,4 ☐ 5,2 |
| b. ☐ For whole flight
Para el vuelo completo | ☐ For stand-by
Para la espera | | |
| c. Is the patient familiar with the Air France-KLM oxygen system (Wenoll WS120)?
¿Está el paciente familiarizado con el sistema de oxígeno Air-France-KLM (Wenoll WS120)? | ☐ Yes
Si | ☐ No
No | |
| (Please note on-demand system not possible for children under 8 years/patients with tracheotomy and very weak passengers.
If applicable please contact Air France-KLM directly)
(Tenga en cuenta, que el sistema disponible no es apto para niños menores de 8 años/pacientes con traqueotomía y pasajeros muy débiles. De ser necesario, póngase en contacto directamente con Air France-KLM) | | | |
| d. Does the patient use oxygen at home?
¿Utiliza el paciente oxígeno en casa? | ☐ Yes
Si | ☐ No
No | If yes, specify how much L/min _____
En caso afirmativo, especifique cuánto L/min |
| e. Has the patient an own O ₂ concentrator on board or CPAP?
¿Tiene el paciente un concentrador de O ₂ propio a bordo o CPAP? | ☐ Yes
Si | ☐ No
No | If yes, specify brand name _____
En caso afirmativo, especifique marca |

- f. Will the patient use this own O₂ concentrator or CPAP on board? ☐ Yes ☐ No
 ¿Utilizará el paciente su propio concentrador de O₂ o CPAP a bordo? Si No
- Is it battery operated? ☐ Yes ☐ No
 ¿Funciona con pilhas? Si No
- g. Please specify Saturation on room air _____ Date of exam _____ (dd/mm/yyyy)
 Especifique la saturación en el aire ambiental Fecha del examen (dd/mm/aaaa)
- h. Please specify saturation with oxygen supplies _____ on _____ l/min
 por favor especifique la saturación con suministros de oxígeno o a l/min

6. Cardiac condition Insuficiencia Cardíaca

- ☐ Yes ☐ No
 Si No
- If no, please go to question 7
 Si la respuesta es NO, proceda a la pregunta 7
- a. Angina ☐ Yes ☐ No
 Angina de Pecho Si No
- When was last episode? _____ (dd/mm/yyyy)
 ¿Cuándo fue el último episodio? (dd/mm/aaaa)
- Is the condition stable? ☐ Yes ☐ No
 ¿Está en condiciones estables? Si No
- Functional class of the patient? ☐ No symptoms ☐ Angina on heavy exertion/activities
 ¿Categoría funcional del paciente? Sin síntomas Angina de pecho al realizar esfuerzos
- ☐ Angina on light exertion/activities ☐ Angina even at rest
 Angina en esfuerzos o actividades ligeras Angina incluso en Descanso
- Can the patient walk 100 meters at a normal pace or climb 10 -12 stairs without symptoms?
 ¿Puede el paciente caminar 100metros a ritmo normal o subir 10-12 escaleras sin síntomas?
- ☐ Yes ☐ No
 Si No
- b. Myocardial infarction ☐ Yes ☐ No
 Infarto de Miocardio Si No
- Date (dd/mm/yyyy) _____
 Fecha (dd/mm/aaaa) _____
- Complications? ☐ Yes ☐ No
 ¿Complicaciones? Si No
- If yes, give details _____
 En caso afirmativo, especifique
- Stress EKG done? ☐ Yes ☐ No
 ¿Electrocardiograma? Si No
- If yes, what was the result, Metz _____
 En caso afirmativo, aporte resultado Metz de esfuerzo
- If angioplasty or coronary bypass, can the patient walk 100 meters at normal pace or climb 10–12 stairs without symptoms?
 En caso de angioplastia o bypass coronario, ¿puede el paciente caminar 100 metros o subir 10-12 escalones sin síntomas?
- ☐ Yes ☐ No
 Si No
- c. Cardiac failure ☐ Yes ☐ No
 Fallo cardíaco Si No
- When was last episode? _____
 ¿Cuándo fue el último episodio?
- Is the patient controlled with medication? ☐ Yes ☐ No
 ¿está el paciente controlado con medicación? Si No
- Functional class of the patient (NYHA classification) ☐ No symptoms and no limitations
 Clase funcional del paciente (clasificación NYHA) Sin síntomas ni limitaciones
- ☐ Mild symptoms and slight limitations
 Síntomas leves y ligeras limitaciones
- ☐ Extreme symptoms and marked limitations
 Síntomas graves y limitaciones marcadas
- ☐ Symptoms even at rest and severe limitations
 Síntomas incluso en descanso y limitaciones severas
- Is there a known heart ejection fraction? ☐ Yes ☐ No
 ¿Se conoce si hay una fracción de eyección cardíaca? Si No
- If yes, give percentage _____ %
 Si la respuesta es sí, indique el porcentaje
- d. Syncope ☐ Yes ☐ No
 Síncope Si No
- When was last episode? _____
 ¿Cuándo fue el último episodio?
- Investigations ☐ Yes ☐ No
 Investigaciones Si No
- If yes, state results _____
 En caso afirmativo, aportar resultados

7. Pulmonary condition

Dificultad pulmonar crónica

☐ Yes
Si

☐ No
No

If no, please go to question 8

Si la respuesta es NO, proceda a la pregunta 8

a. Does the patient retain CO₂?
¿Retiene el paciente CO₂?

☐ Yes
Si

☐ No
No

b. Has the patient's condition deteriorated recently?
¿Ha sufrido el paciente un deterioro últimamente?

☐ Yes
Si

☐ No
No

c. Can the patient walk 100 meters at a normal pace or climb 10 -12 stairs without symptoms?
¿Puede el paciente caminar 100 metros a paso normal o subir 10 -12 escaleras sin síntomas?

☐ Yes
Si

☐ No
No

d. Has the patient ever taken a commercial aircraft in these same conditions?
¿Ha tomado el paciente alguna vez un avión comercial en estas mismas condiciones?

☐ Yes
Si

☐ No
No

- If yes when?
• En caso afirmativo, ¿cuándo?

- Did the patient have any problems?
• ¿Tuvo el paciente algún problema?

8. Psychiatric or seizure disorder

Trastorno psiquiátrico o convulsivo

☐ Yes
Si

☐ No
No

If no, please go to question 9

Si la respuesta es NO, proceda a la pregunta 9

a. Is there a possibility that the patient will become agitated during a flight?
¿Existe la posibilidad de que el paciente se agite durante el vuelo?

☐ Yes
Si

☐ No
No

b. Has he/she taken a commercial flight before?
¿Ha tomado el paciente alguna vez un avión comercial en estas mismas condiciones?

☐ Yes
Si

☐ No
No

- If yes, date of travel? (dd/mm/yyyy)
En caso afirmativo, ¿cuándo? (dd/mm/yyyy)

- Did the patient travel alone or escorted?
¿Viajó el paciente solo o acompañado?

☐ Alone
Solo/a

☐ Escorted
Acompañado/a

c. Seizure
Convulsiones

☐ Yes
Si

☐ No
No

1. What type of seizures?
¿Qué tipo de convulsiones?

2. Frequency of the seizures?
¿Con qué frecuencia?

3. When was the last seizure?
¿Cuándo fue la última convulsión?

4. Are the seizures controlled by medication?
¿Toma alguna medicación para controlarlas?

☐ Yes
Si

☐ No
No

9. Escort

Acompañantes

- a. Is the patient fit to travel unaccompanied?
¿Puede el paciente viajar solo? ☐ Yes Si ☐ No No
- b. If no, will the patient have a private escort to take care of his/her needs onboard?
En caso negativo, ¿dispondrá el paciente de un acompañante privado que se ocupe de sus necesidades a bordo? ☐ Yes Si ☐ No No
- c. If yes, who should escort the passenger? ☐ Doctor Médico ☐ Nurse Enfermera ☐ Other Otro _____
¿En caso afirmativo, quién acompaña al paciente?
- d. If other, is the escort fully capable to attend to all needs on board?
¿De ser otro, está preparado para atender al paciente en todas sus necesidades a bordo? ☐ Yes Si ☐ No No

10. Mobility

Mobilidad

- a. Able to walk without assistance?
¿Es capaz de caminar sin ayuda? ☐ Yes Si ☐ No No
- b. Wheelchair required for boarding to aircraft?
¿Necesita silla de ruedas para embarcar? ☐ Yes Si ☐ No No
- c. Can the patient sit upright in a normal aircraft seat?
(if the answer is NO a stretcher will be required)
¿Puede el paciente sentarse erguido en el asiento normal de un avión?
(Si la respuesta es no, necesitará una camilla) ☐ Yes Si ☐ No No

11. Medication list

Lista de medicamentos

12. Other medical information

Otros datos medicos

13. Prognosis for the trip

Pronóstico para el viaje

☐ Good Bueno ☐ Poor Malo

Note: Cabin attendants are not authorized to give assistance to particular passengers, they are trained only in first aid and are not permitted to administer any injection, to give medication, or to feed and toilet patient.

Nota: Los auxiliares de vuelo no están autorizados a prestar asistencia a pasajeros, solo están entrenados en primeros auxilios y no están autorizados a administrar ninguna inyección, dar medicación ni alimentar o asear al paciente.

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

Importante: Las tasas, si las hubiera, correspondientes a la información anterior y el equipo proporcionado por el transportista correrán a cargo del pasajero en cuestión.

Filled and signed
Rellenado y firmado

Physician name _____ Date (dd/mm/yyyy) _____
Nombre del medico _____ Fecha (dd/mm/aaaa) _____

Address / Hospital _____
Dirección / Hospital _____

Phone number _____
Número de teléfono _____

Email address _____
Correo electrónico _____

Stamp doctor/hospital (optional)
Estampilla doctor/hospital (opcional)

(Digital) signature
Firma (digital)

Please submit this form by using the submit by e-mail button below or send to mail:
mail.accordsmedicaux@airfrance.fr

Por favor, finalice este formulario utilizando el botón 'Enviar por correo electrónico' o envíelo a
mail.accordsmedicaux@airfrance.fr

Submit by e-mail

Print Form

Enviar por correo electrónico

Imprimir formulario