



RESOLUTION 700 ATTACHMENT B PART ONE

RESOLUCION 700 ANEXO B PARTE UNO

INFORMATION SHEET FOR PASSENGERS REQUIRING SPECIAL MEDICAL CLEARANCE (IF POSSIBLE TO BE COMPLETED OR OBTAINED IN ENGLISH FROM THE ATTENDING PHYSICIAN)

HOJA INFORMATIVA PARA PASAJEROS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN MÉDICA ESPECIAL (SI FUESE POSIBLE DEBE CUMPLIMENTARSE U OBTENERSE EN INGLÉS DEL MÉDICO QUE LES ATIENDA)

1. Patient's name / Nombre del paciente _____

Date of birth (dd/mm/yyyy) _____ Gender _____ Nationality _____
Fecha de Nacimiento _____ Género _____ Nacionalidad _____

Height (Meters) _____ Weight (KGs) _____
Altura (Metros) _____ Peso (KGs) _____

2. 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

3. Current symptoms and severity / Síntomas actuales y gravedad _____

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 Si [] No No [] Not sure No es seguro

5. Additional clinical information / Información clínica adicional

a. Anemia / Anemia [] Yes Sí [] No No If yes, give recent result _____ mmol/l or _____ g/100ml of haemoglobin. En caso afirmativo, indique el resultado en mmol/l o g/100ml de hemoglobina

b. Respiratory condition / Dificultad respiratoria [] Yes Sí [] No No If yes, complete Part 2 # 2 En caso afirmativo, complete la Parte 2 # 2



- c. Cardiac condition / Afección Cardíaca Yes / Sí No / No If yes, complete Part 2 # 2 / En caso afirmativo, complete Parte 2 #1
- d. Psychiatric or seizure disorder / Trastorno Psiquiátrico o Convulsivo Yes / Sí No / No If yes, complete Part 2 # 3 / En caso afirmativo, complete Parte 2 # 3
- e. Normal bladder control / Control normal de la vejiga Yes / Sí No / No If no, give mode of control _____ / En caso negativo, describa modo de control
- f. Normal bowel control / Control intestinal normal Yes / Sí No / No If no, give mode of control _____ / En caso negativo, describa modo de control.

6. Oxygen needed in flight / Oxígeno necesario en vuelo

- a. Oxygen needed in flight? / ¿Necesita oxígeno durante el vuelo? Yes / Sí No / No If yes, complete O₂ rate l/m (on-demand) / En caso afirmativo, complete el ratio 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 / Sí 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. En su caso, póngase en contacto directamente con Air France-KLM).

- d. Does the patient use oxygen at home? / ¿Utiliza el paciente oxígeno en casa? Yes / Sí No / No If yes, specify how much L/m _____ / En caso afirmativo, especifique cuánto L/m

- e. Has the patient an own O₂ concentrator on board or CPAP / ¿Tiene el paciente un concentrador de O₂ propio a bordo o CPAP? Yes / Sí No / No If yes, specify brand name _____

- f. Will the patient use this own O₂ concentrator or CPAP on board / ¿Utilizará el paciente su propio concentrador de O₂ o CPAP a bordo? Yes / Sí No / No

7. Escort / Acompañantes

- a. Is the patient fit to travel unaccompanied? / ¿Puede el paciente viajar solo? Yes / Sí 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 / Sí No / No

- c. If yes, who should escort the passenger? / Doctor Nurse Other



¿En caso afirmativo, quién acompaña al paciente? Médico Enfermera Otro

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 Sí No No

**8. Mobility /
Movilidad**

a. Able to walk without assistance? Yes Sí No No
¿Es capaz de caminar sin ayuda?

b. Wheelchair required for boarding to aircraft? / Yes Sí No No
¿necesita silla de ruedas para embarcar?

c. Can the patient sit upright in a normal aircraft seat? / Yes Sí No No (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)

**9. Medication list /
Lista de medicamentos**

**10. Other medical information /
Otros datos médicos**

**11. Prognosis for the trip /
Pronóstico para el viaje** Good Bueno Poor Malo

**12. Filled and signed /
Rellenado y firmado**

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

Address / Hospital /
Dirección / Hospital

Phone number /



Número de teléfono
Email adress /
Correo electrónico

Note: Cabin attendants are not authorized to give special 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 especial a determinados pasajeros, sólo están formados 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 special equipment are to be paid by the passenger concerned /

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



RESOLUTION 700 ATTACHMENT B PART TWO
RESOLUCION 700 ANEXO B PARTE DOS

1. Cardiac condition /
Afección Cardíaca

Yes No
Sí No

a. Angina /
Angina de Pecho

Yes No
Sí No

When was last episode? (dd/mm/yyyy) _____
¿Cuándo fue el último episodio (dd/mm/aaaa)

• Is the condition stable? /
¿Está en condiciones estables?

Yes No
Sí No

• Functional class of the patient? /
¿Categoría funcional del paciente?

No symptoms
Sin síntomas
 Anginal on light exertion/activities
Angina en esfuerzos o
actividades ligeras

Anginal on heavy exertion/activities
Angina de pecho al realizar esfuerzos
 Angina even at rest
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
Sí No

b. Myocardial infarction
Infarto de Miocardio

Yes No
Sí No

Date (dd/mm/yyyy) _____
Fecha (dd/mm/aaaa)

• Complications? /
¿Complicaciones?

Yes No
Sí No

If yes, give details _____
En caso de que sí, especifique

• Stress EKG done? /
Electrocardiograma
de esfuerzo

Yes No
Sí No

If yes, what was the result? Metz _____
En caso afirmativo, aporte resultado Metz

• 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
Sí No

c. Cardiac failure /
Fallo cardíaco

Yes No
Sí No

When was last episode? _____
¿Cuándo fue el último episodio?

• Is the patient controlled with medication? /
¿está el paciente controlado con medicación?

Yes No
Sí No

No
No

• Functional class of the patient (NYHA classification) /
Clase funcional del paciente (clasificación NYHA)

No symptoms and no limitations
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



d. Syncope /
Síncope

- Investigations

Yes / Sí No / No
 Yes / Sí No / No

When was last episode? _____
¿Cuándo fue el último episodio?
If yes, state results _____
En caso afirmativo,
aportar resultados.

**2. Chronic pulmonary condition /
Dificultad pulmonar crónica**

Yes / Sí No / No

a. Has the patient had recent arterial gases? /
¿Se ha sometido el paciente recientemente a
gasometría arterial?

Yes / Sí No / No

b. Blood gases were taken /
¿Se han tomado gases en sangre

Yes / Sí No (on: Room air / Ambient Air)
No (en: aire ambiente)

If yes, what were the results /
¿En caso afirmativo, cuales fueron los resultados?

pCO₂ _____ pO₂ _____

c. Please specify Saturation on room air / _____
Especifique la saturación en el aire
ambiental

Date of exam (dd/mm/yyyy) _____
Fecha del examen (dd/mm/aaaa)

d. Please specify saturation with oxygen supplies / _____ on _____ pO₂
Especifique por favor la saturación con suministros
de oxígeno

e. Does the patient retain CO₂? /
¿Retiene el paciente CO₂?

Yes / Sí No / No

f. Has his/her condition deteriorated recently? /
¿Ha sufrido el paciente un deterioro últimamente?

Yes / Sí No / No

g. 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 / Sí No / No

h. 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 / Sí No / No

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

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

**3. Psychiatric or seizure disorder /
Trastorno psiquiátrico o convulsivo**

Yes / Sí No / No

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 No



b. Has he/she taken a commercial flight before? /
¿Ha tomado antes un vuelo comercial?

Yes
Si No
No

• If yes, date of travel? (dd/mm/yyyy) /
En caso afirmativo, ¿fecha del viaje? (dd/mm/aaaa)

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

[Submit](#) by e-mail
Enviar por correo electrónico

Print Form
Imprimir formulario