

Please fill out this form and send by email to medicalrequest@klm.com

Por favor, finalice este formulario y envíelo por correo electrónico: medicalrequest@klm.com

CIRCULAR INFORMATIVA PARA PASAJEROS QUE REQUIERAN ASISTENCIA ESPECIAL

PARTE 1 A COMPLETAR POR EL PASAJERO O TUTOR LEGAL

1. Patient's name
Nombre del paciente _____

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

Height (meters) _____ Weight (KG) _____
Altura (Metros) _____ Peso (KG) _____

2. Booking reference (PNR)
Referencia de la reserva (PNR) _____

3. Flight details
Detalles del vuelo _____ Date _____ (dd/mm/yyyy)
Fecha _____ (dd/mm/aaaa)

Número(s) de vuelo(s) _____

4. Will the passenger be escorted Yes No
¿El pasajero será acompañado? Si No

Medical qualification Yes No If yes, what qualification? _____
Calificaciones médicas Si No Si la respuesta es sí, ¿qué calificación? _____

Name _____ Date of Birth _____ (dd/mm/yyyy)
Nombre Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)

PNR if different _____ Nationality _____
PNR si es diferente Nacionalidad _____

5. Medical condition
Condición médica _____

6. Wheelchair needed Yes No
Se necesita silla de ruedas Si No

Wheelchair categories* WCHR WCHS WCHC Own wheelchair Yes No
Categorías silla de ruedas* Silla de ruedas propia Si 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 Yes No
¿Necesita camilla a bordo? Si No

8. Ambulance needed on embarking and disembarking station Yes No
Ambulancia necesaria en la estación de embarque y desembarque Si No

Name ambulance company embarking station _____
Nombre de la empresa de ambulancias que embarca

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. Special inflight arrangements needed Yes No
Disposiciones especiales necesarias a bordo Si 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 Yes No Nr. _____
o Tarjeta Saphir Si No 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

You can withdraw your consent at any time by contacting medicalrequest@klm.com

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.

KL: <https://www.klm.nl/en/information/legal/privacy-policy>

AF: <https://www.airfrance.fr/information/legal/edito-psc>

Puede retirar su consentimiento en cualquier momento contactando a medicalrequest@klm.com

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 SPECIAL MEDICAL CLEARANCE HOJA INFORMATIVA PARA PASAJEROS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN MÉDICA ESPECIAL

- 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 Yes No If no, give mode of control _____
Control normal de la vejiga Si No En caso negativo, describa modo de control
- b. Normal bowel control Yes No If no, give mode of control _____
Control intestinal normal Si No En caso negativo, describa modo de control
- c. Anemia Yes No If yes, give recent result _____ mmol/l or _____
Anemia Si No 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? Yes No If yes, complete O₂ rate l/min (on-demand)
¿Necesita oxígeno durante el vuelo? Si No En caso afirmativo, complete la tasa de oxígeno l/min (bajo demanda)
- 1,2 2,0 2,8 3,6 4,4 5,2
- b. For whole flight For stand-by
Para el vuelo completo Para la espera
- c. Is the patient familiar with the Air France-KLM oxygen system (Wenoll WS120)? Yes No
¿Está el paciente familiarizado con el sistema de oxígeno Air-France-KLM (Wenoll WS120)? Si 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? Yes No If yes, specify how much L/min _____
¿Utiliza el paciente oxígeno en casa? Si No En caso afirmativo, especifique cuánto L/min
- 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 No If yes, specify brand name _____
Si No 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

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 When was last episode? _____ (dd/mm/yyyy)
 Angina de Pecho Si No ¿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 Date (dd/mm/yyyy) _____
 Infarto de Miocardio Si No Fecha (dd/mm/aaaa)

• Complications? Yes No If yes, give details _____
 ¿Complicaciones? Si No En caso afirmativo, especifique

• Stress EKG done? Yes No If yes, what was the result, Metz _____
 ¿Electrocardiograma? Si No 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 When was last episode? _____
 Fallo cardíaco Si No ¿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 If yes, give percentage _____ %
 ¿Se conoce si hay una fracción de eyección cardíaca? Si No Si la respuesta es sí, indique el porcentaje

d. Syncope Yes No When was last episode? _____
 Síncope Si No ¿Cuándo fue el último episodio?

• Investigations Yes No If yes, state results _____
 Investigaciones Si No 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 No
Si 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 No
Si 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 No
Si No

10. Mobility
Mobilidad

- a. Able to walk without assistance?
¿Es capaz de caminar sin ayuda? Yes No
Si No
- b. Wheelchair required for boarding to aircraft?
¿Necesita silla de ruedas para embarcar? Yes No
Si 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 No
Si No

11. Medication list
Lista de medicamentos

12. Other medical information
Otros datos medicos

13. Prognosis for the trip Good Poor
Pronóstico para el viaje Bueno Malo

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 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 special equipment are to be paid by the passenger concerned.

Importante: Las tasas, si las hubiera, correspondientes a la información anterior y el equipo especial 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 Airport Medical Services:
e-mail: medicalrequest@klm.com**

**Por favor, finalice este formulario utilizando el botón 'Enviar por correo electrónico' o envíelo a los
Servicios Médicos del Aeropuerto: medicalrequest@klm.com**

Submit by e-mail

Print Form

Enviar por correo electrónico

Imprimir formulario