

	MEDIF INFORMATION SHEET FOR PASSENGERS REQUIRING SPECIAL MEDICAL ASSISTANCE/ HOJA DE INFORMACIÓN PARA PASAJEROS QUE REQUIEREN ASISTENCIA MÉDICA ESPECIAL Answer ALL questions. Check (X) 'Yes' or 'No' boxes. Use BLOCK LETTERS. <i>Responda TODAS las preguntas. Marque (X) las casillas "Sí" o "No". Utilice LETRAS DE IMPRENTA</i>		CONFIDENTIAL WHEN COMPLETED / CONFIDENCIAL AL TERMINARSE PARTIPARTE 1/2 To be completed by passenger and/or Passenger's Physician. <i>Debe ser completado por el pasajero o por el médico del pasajero</i>
A	Family name, first name, Title / <i>Apellido/s, nombre/s, título</i>	Languages / Idioma: ☐ ENGLISH / ANGLICKY ☐ SPANISH / ESPAÑOL	Contact telephone no.: <i>Número de teléfono.:</i>
B	Proposed itinerary / Itinerario propuesto: Flight number(s): <i>Número/s de vuelo/s:</i> Date: <i>Fecha:</i> Booking reference: <i>Número de referencia:</i>		
C	Nature of incapacitation/illness / <i>Tipo de la incapacidad/enfermedad</i> Please see Part 2 for more details / <i>Para obtener más detalles consulte La parte 2</i>		
D	Stretcher needed on board. / <i>Se requiere camilla</i> ☐ NO/NO ☐ YES/SÍ <i>Stretcher is not available on Czech Airlines flights /No se puede utilizar camillas en ,los vuelos de Czech Airlines.</i>		
E	Intended escort details / <i>Información sobre el compañero de viaje:</i> Family name, First name, Title / <i>Apellido/s, nombre/s, título</i> Languages / Idioma ☐ ENGLISH / ANGLICKY ☐ SPANISH / ESPAÑOL Medical qualification / <i>Cualificaciones médicas:</i> ☐ Doctor / <i>Médico</i> ☐ Medical team / <i>Equipo medico</i> ☐ Nurse / <i>Enfermera</i> ☐ Family member or non-medical travel companion / <i>Un familiar o compañero que no es médico</i>		
F	Wheelchair type / <i>Tipo de silla de ruedas:</i> ☐ WCMP (manual powered / <i>accionada manualmente</i>) ☐ WCBD (dry battery / <i>batería seca</i>) ☐ WCBW (wet battery / <i>batería con electrolito líquido</i>) ☐ WCLB (Lithium battery) Weight / <i>Peso de silla de ruedas:</i> Wet (spillable) batteries are considered dangerous goods and are transported under special conditions which can be obtained from the operating carrier. Certain countries may impose additional restrictions. <i>Las baterías con electrolito líquido ("baterías mojadas") se consideran mercancías peligrosas y se transportan en condiciones especiales que pueden obtenerse del transportista. Además, algunos países pueden requerir restricciones adicionales..</i> Category of reduced mobility / <i>Categoría de movilidad limitada:</i> ☐ WCHR – unable to walk longer distance across airport / <i>el pasajero no puede caminar una larga distancia por el aeropuerto. Sin embargo, puede subir al avión por sus propios medios y acomodarse en su asiento</i> ☐ WCHS – unable to walk up and down steps / <i>El pasajero no puede caminar largas distancias por el aeropuerto ni subir al avión por sus propios medios. Sin embargo, puede moverse por sus propios medios alrededor en el avión</i> ☐ WCHC – completely immobile / <i>Pasajero completamente inmóvil</i>		
G	Special in-flight arrangements e.g. oxygen or extra seat(s) / <i>Necesidades especiales durante el vuelo (por ejemplo, oxígeno o asiento extra)</i> Adjacent seats are only available for passenger as Extra Seat (EXST). Seat in front of passenger is not available. Seats at emergency exits must not be used./ <i>Los asientos adyacentes sólo están disponibles para los pasajeros que los hayan reservado como "Asiento Extra" (EXST). El asiento delante del pasajero no está disponible. Los asientos de salida de emergencia no se pueden utilizar para pasajeros inmóviles</i>		

	Medical equipment / <i>Equipo médico:</i>	
H	Power source on board an aircraft is not available. / <i>La fuente de energía no está disponible a bordo</i> Are you carrying any medical equipment into the cabin? / <i>¿Llevará equipo médico a bordo?</i> ☐ NO/NO ☐ YES/SÍ If yes, do you need to use it during your flight? / <i>¿Si es así, lo usará durante el vuelo?</i> ☐ NO/NO ☐ YES/SÍ	
	Specify type of equipment (e.g. ventilator) / <i>Especifique el tipo de equipo (por ejemplo, ventilador)</i>	
	Equipment is battery powered for continuous use inflight/ <i>¿El dispositivo funciona con baterías para uso en vuelo?</i> ☐ NO/NO ☐ YES/SÍ Battery type:/ <i>Tipo de batería:</i>	
	Batteries have sufficient capacity for the duration of flight / <i>Las baterías tienen capacidad suficiente para toda la duración del vuelo.:</i> ☐ NO/NO ☐ YES/SÍ	
	Can the equipment be switched off during takeoff/landing? / <i>¿Se puede apagar el dispositivo durante el despegue y el aterrizaje?</i> ☐ NO/NO ☐ YES/SÍ	
I	Ambulance arrangements / <i>Se requiere la presencia de un servicio médico:</i> Departure airport / <i>En el aeropuerto de salida:</i> ☐ NO ☐ YES/SÍ Transit airport(s) / <i>En el aeropuerto de tránsito:</i> ☐ NO ☐ YES/SÍ Destination airport / <i>En el aeropuerto de destino:</i> ☐ NO ☐ YES/SÍ	
	Specify ambulance and hospital details (full name, address, contact person and telephone number)/ <i>Proporcione detalles de la clínica y el hospital (nombre completo, dirección, persona de contacto y número de teléfono)</i>	
Passenger's declaration / <i>Declaración de pasajero:</i>		
I hereby authorise / <i>Por la presente autorizo</i> _____ (Name of nominated physician / <i>Nombre del médico responsable</i>) to provide carrier with information on my condition and fitness for air carriage and in consideration thereof I hereby relieve the physician of his/ her professional duty of confidentiality in respect of such information and agree to meet such physician's fees in connection therewith. I take note that, if accepted for carriage, my journey will be subject to conditions of carriage and that the carrier does not assume any liability exceeding stipulated conditions / tariffs. I agree to reimburse the carrier's additional costs that may arise in connection with my carriage. I agree to notify Smartwings/Czech Airlines of any change to avoid being refused for travel. Notice Reduced atmospheric pressure (Cabin air pressure varies greatly during 15-30 minutes after takeoff and before landing. Gas expansion and contraction can cause pain and pressure effects). Reduction in oxygen tension (The cabin is at a pressure equivalent to an altitude of 6,000 to 8,000 feet and oxygen partial pressure is approximately 20% less than on the ground). Any medical condition which would render a passenger unable to complete the flight safely without requiring extraordinary medical assistance during the flight is considered unacceptable for air travel. <i>Para proporcionar información sobre mi condición y aeronavegabilidad al transportista y en consideración a ello, por la presente libero al médico de su deber profesional de confidencialidad con respecto a dicha información y acepto pagar todos los honorarios relacionados con la misma.</i> <i>Entiendo que si soy aceptado para el transporte, mi viaje estará sujeto a las condiciones de transporte y que el transportista no asume ninguna responsabilidad más allá de las condiciones/tarifas estipuladas.</i> <i>Acepto reembolsar al transportista cualquier costo adicional en el que pueda incurrir en relación con mi transporte. Acepto informar a Smartwings/Czech Airlines de cualquier cambio para evitar una posible exclusión del transporte.</i> Nota: <i>Presión atmosférica reducida (la presión del aire en la cabina cambia entre 15 y 30 minutos después del despegue y antes del aterrizaje. La expansión y contracción del gas puede causar dolor y efectos de presión).</i> <i>Despresurización (en la cabina, la presión equivale a una altitud de 6.000 a 8.000 pies y la presión parcial es aproximadamente un 20% menor que en tierra).</i> <i>Cualquier condición médica que impida que un pasajero complete el vuelo de manera segura sin necesidad de asistencia médica de emergencia durante el vuelo se considera inaceptable para viajar en avión.</i>		

Conditions usually considered UNACCEPTABLE for air travel (although these are suggested limiting factors, each individual case must be considered on its merits and is dependent on whether or not the passenger is accompanied by a professional escort).

- Heart attack (within 21 days of intended travel)
- Stroke (within 10 days of intended travel)
- Infants – newborn babies (within 7 days of birth)
- Decompression sickness
- Pneumothorax (within 14 days of resolution)
- Requirement for stretcher (without properly booking in advance)
- Inability to sit upright
- Head injury (within 14 days of intended travel)
- Fractures (except for uncomplicated fractures of limbs and fingers of limbs older than 72 hours before departure)
- Plaster cast (except for plaster cast on limbs and fingers of limbs if injury has occurred more than 72 hours before departure)
- Deep vein thrombosis
- Psychiatric disorder (must travel with an escort sitting in adjacent seat)
- Any serious or acute infectious disease (incl. chickenpox)

Cabin attendants are not authorized to give special assistance 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 injections, or to give medication.

Condiciones generalmente consideradas INACEPTABLES para los viajes aéreos (estos son factores limitantes sugeridos. Cada caso individual debe considerarse según sus méritos y depende de si el pasajero está acompañado por un acompañante profesional o no):

- Ataque cardíaco (dentro de los 21 días posteriores al viaje planificado)
- Accidente cerebrovascular (dentro de los 10 días posteriores al viaje planificado)
- Bebés – recién nacidos (dentro de los 7 días posteriores al nacimiento)
- Enfermedad por descompresión
- Neumotórax (dentro de los 14 días posteriores a la resolución)
- Requisito de camilla a bordo (sin reserva previa con mucha antelación)
- Incapacidad para sentarse derecho
- Lesión en la cabeza (dentro de los 14 días del viaje planificado)
- Fracturas (excepto fracturas no complicadas de extremidades y dedos de extremidades superiores mayores de 72 horas antes de la salida)
- Yeso (excepto yeso en extremidades y dedos de los pies si la lesión ocurrió más de 72 horas antes de la salida)
- Trombosis venosa profunda
- Trastorno psiquiátrico (el pasajero debe viajar con un acompañante sentado en el asiento contiguo)
- Cualquier enfermedad infecciosa grave o aguda (incluida la varicela)

Los asistentes de vuelo no están autorizados a brindar asistencia especial a pasajeros específicos a expensas de sus servicios a otros pasajeros. Además, solo están capacitados en PRIMEROS AUXILIOS y no se les permite administrar inyecciones ni medicamentos.

I have read and understood the above notice. (To be read out to passenger/patient where necessary, dated and signed on passenger's/patient's behalf) / He leído y entiendo el aviso anterior. (Leer al pasajero/paciente si es necesario, fechado y firmado en nombre del pasajero/paciente)

Passenger's/patient's or their Guardian's signature:
Firma del pasajero/paciente o su tutor:

Date:
Fecha:

	MEDIF STANDARD MEDICAL INFORMATION FORM FOR AIR TRAVEL FORMULARIO MÉDICO ESTÁNDAR PARA TRANSPORTE AÉREO		PARTI / PARTE 2/2 To be completed by Attending Physician / Debe ser completado por el médico representante. CONFIDENTIAL WHEN COMPLETED / CONFIDENCIAL AL TERMINARSE				
	This form provides confidential information to enable carrier to provide for passenger's specific needs. - When fitness to air travel is in doubt as evidenced by recent illness, hospitalization, injury, surgery or instability - Where special services are required i.e. oxygen, authority to carry accompanying medical equipment Answers to ALL questions are mandatory. Medical Certificate must be dated 21 or less days from flight date. <i>Este formulario proporciona información confidencial que permite al transportista adaptarse a las necesidades específicas de los pasajeros en caso de:</i> - si existen dudas sobre su aptitud para viajar en avión, debido a una enfermedad reciente, hospitalización, lesión o cirugía. - cuando se requieren servicios especiales, p.e. oxígeno o la necesidad de llevar equipo médico a bordo <i>Se requieren respuestas a TODAS las preguntas. El certificado médico no debe tener una fecha superior a 21 días antes de la fecha de salida.</i>		This form shall be returned to/ <i>Formulario completo envía a correo electrónico:</i> flights@smartwings.com				
MEDA 01	PATIENT'S FAMILY NAME / Nombres y apellidos del paciente		Age / Edad:	Sex / Sexo:			
MEDA 02	ATTENDING PHYSICIAN / INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE ATENDE Name and Address / Nombre y la dirección: _____ Telephone Contact / Número de teléfono: _____ E-mail: _____						
MEDA 03	DIAGNOSIS IN DETAILS (including vital signs, Hb level) / Descripción detallada del diagnóstico: <table border="1" data-bbox="229 1272 1528 1357"> <tr> <td data-bbox="229 1272 687 1357">Date of first symptoms / Fecha de los primeros síntomas:</td> <td data-bbox="687 1272 1050 1357">Date of diagnosis / Fecha de inicio del tratamiento::</td> <td data-bbox="1050 1272 1528 1357">Date of surgery / Fecha del procedimiento médico:</td> </tr> </table>				Date of first symptoms / Fecha de los primeros síntomas:	Date of diagnosis / Fecha de inicio del tratamiento::	Date of surgery / Fecha del procedimiento médico:
Date of first symptoms / Fecha de los primeros síntomas:	Date of diagnosis / Fecha de inicio del tratamiento::	Date of surgery / Fecha del procedimiento médico:					
MEDA 04	PROGNOSIS FOR THE FLIGHT(S) / PROGNÓZA PRO LET ☐ Fit to Travel / Capaz de viajar ☐ Unfit to Travel / Incapaz de viajar Specify / Detalles: _____						
MEDA 05	CONTAGIOUS AND COMMUNICABLE DISEASE / ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TRANSMISIBLES ☐ NO/NO ☐ YES/SÍ Specify / Detalles: _____						
MEDA 06	WOULD THE PHYSICAL AND/OR MENTAL CONDITION OF THE PATIENT BE LIKELY TO CAUSE DISTRESS OR DISCOMFORT TO OTHER PASSENGERS? / ¿SE PUEDE ASUMIR QUE LA CONDICIÓN FÍSICA O MENTAL DEL PACIENTE CAUSA DIFICULTAD O MOLESTIAS A OTROS PASAJEROS? ☐ NO/NO ☐ YES/SÍ Specify / Detalles: _____						
MEDA 07	CAN PATIENT USE NORMAL AIRCRAFT SEAT WITH SEAT BELT PLACED IN THE UPRIGHT POSITION WHEN REQUIRED? / ¿PUEDE UN PACIENTE UTILIZAR UN ASIENTO ESTÁNDAR DE AVIÓN CON EL CINTURÓN DE SEGURIDAD PUESTO EN LA POSICIÓN SUPERIOR CUANDO ES NECESARIO? ☐ NO/NO ☐ YES/SÍ Specify / Detalles: _____						

MEDA 08	CAN PATIENT TAKE CARE OF HIS/HER NEEDS ONBOARD UNASSISTED? (INCL. TAKING MEAL, TOILET USE, ETC.)? / EL PACIENTE PUEDE SATISFACER TODAS SUS NECESIDADES DURANTE EL VUELO SIN ASISTENCIA (INCLUYENDO ALIMENTACIÓN, USO DEL BAÑO, ETC.)? Meals / Comida: ☐ NO/NO ☐ YES/SÍ Visit to toilet: ☐ NO/NO ☐ YES/SÍ Specify / Detalles:	
MEDA 09	IF TO BE ESCORTED, ALL INFORMATION MENTIONED IN PART 1/E IS CORRECT? / SI EL PACIENTE ESTÁ ACOMPAÑADO, ¿ES CORRECTA LA INFORMACIÓN DE LA PARTE 1/E? ☐ NO/NO ☐ YES/SÍ	
MEDA 10	WILL A 25-30% REDUCTION IN THE AMBIENT PRESSURE OF OXYGEN (RELATIVE HYPOXIA) AFFECT THE PASSENGER'S MEDICAL CONDITIONS? (Aircraft cabin in flight is at a pressure equivalent to altitude of 6,000 to 8,000 feet and oxygen partial pressure is approximately 20% lower than on ground) / ¿La reducción de la presión del aire ambiente en un 25-30% afectará la salud del pasajero? En la cabina de un avión en vuelo, la presión equivale a una altitud de 6.000 a 8.000 pies, y la presión parcial de oxígeno es aproximadamente un 20% menor que en tierra. ☐ NO/NO ☐ YES/SÍ Does patient need "OXYGEN" equipment in flight? (If YES, please state rate of flow) / ¿El pasajero necesita utilizar oxígeno suplementario durante el vuelo? (En caso afirmativo, especifique el caudal requerido). ☐ NO/NO ☐ YES/SÍ Continuous Oxygen flow in litres per minute (LPM): (MAX 4LPM) Flujo continuo de oxígeno en litros por minuto (LPM): (MAX 4LPM) Specify / Detalles: Passengers are not permitted to carry their own supply of oxygen on board. Medical oxygen shall be provided by the carrier upon request no later than 72 hours before the flight(s). Los pasajeros no podrán utilizar sus propios dispositivos de oxígeno. El transportista puede proporcionar oxígeno medicinal previa solicitud que el pasajero debe presentar con al menos 72 horas de antelación. antes de la salida prevista.	
MEDA 11	Does the patient need any MEDICATION, other than self-administered, and/or the use of special apparatus such as respirator, incubator, nebulizer etc.? / ¿Tiene el paciente medicamentos prescritos cuya aplicación requiere asistencia y/o un dispositivo especial como respirador, incubadora, nebulizador...? Note: all battery operated equipment on board must be dry or non-spillable, otherwise Specify / Nota: todos los dispositivos de batería están equipados con baterías con protección electrolítica ("seca"; "no derramable") De lo contrario, se debe especificar la batería:	On the ground while at the airport(s) / Antes de la salida; en tránsito en el aeropuerto: ☐ NO/NO ☐ YES/SÍ Specify / Especifique:
MEDA 12	B) On board the aircraft / A bordo del avión ☐ NO/NO ☐ YES/SÍ Specify / Especifique:	
MEDA 13	Does the patient need HOSPITALISATION, (If YES, indicate arrangement made, or if none were made, indicate "No action taken") (Note: The attending physician and/or Patient is responsible for all arrangements). ¿El paciente necesita hospitalización? (En caso afirmativo, especifique qué acción se tomó; en caso contrario, escriba "NO SE TOMÓ ACCIÓN". (Nota: El propio paciente o su acompañante médico es responsable de todas las medidas).	A) During long layover or at connecting points / V průběhu delšího mezipřistání nebo na přestupových bodech ☐ NO/NO ☐ YES/SÍ Specify / Especifique:
MEDA 14		Upon arrival at destination / Al llegar al destino ☐ NO/NO ☐ YES/SÍ Specify / Especifique:
MEDA 15	Other remarks or information in the interest of patient's smooth and comfortable transportation / Notas o información adicional que pueda ayudar a que el envío se realice sin problemas. ☐ NO/NO ☐ YES/SÍ Specify / Especifique:	

The passenger must always carry the completed form. It contains information regarding the necessary care. The form must be completed and signed by the passenger and attending physician. The form must be no older than 21 days when accepting passenger to travel.

Los pasajeros deben tener siempre consigo este formulario completo. El formulario contiene información sobre todos los cuidados necesarios. El formulario debe ser completado y firmado por el pasajero en cooperación con el médico tratante. El formulario debe completarse al menos 21 días antes de la salida programada.