



CERTIFICADO MÉDICO PARA VIAJE

Aptitud para Volar · Viaje Internacional

Dr./Dra.: _____ Cédula/Matr.: _____ Especialidad: _____

Hospital / Clínica: _____ Ciudad: _____ País: _____

CERTIFICA LA APTITUD MÉDICA PARA VIAJE INTERNACIONAL:

Paciente / Viajero/a: _____

Pasaporte N.º: _____ Nacionalidad: _____ Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Documento N.º: _____

✓ APTO/A PARA VIAJE INTERNACIONAL / FIT TO FLY

Destino: _____ Fecha de viaje: _____

No presenta contraindicación médica para volar. No padece enfermedades infecto-contagiosas activas.

DIAGNÓSTICO(S) ACTIVO(S) / ESTADO DE SALUD:

CONDICIONES ESPECIALES PARA EL VIAJE / EQUIPAJE MÉDICO:

■ Ninguna ■ Oxígeno a bordo ■ Silla de ruedas ■ Medicación especial ■ Acompañante médico ■ Camilla

Certificado expedido en: _____ el día _____ del mes de _____ de _____.

Firma y Sello del Médico

Dr./Dra.: _____

Cédula / Matrícula Profesional: _____