

CERTIFICADO MÉDICO PARA VIAJE

Aptitud para Volar · Visado · Certificado Bilingüe

Dr./Dra.: _____ Cédula/License: _____ País/Country: _____
Hospital/Clínica: _____ Ciudad/City: _____

CERTIFICA / CERTIFIES MEDICAL FITNESS FOR TRAVEL

Paciente / Patient: _____ Edad/Age: _____
Pasaporte / Passport: _____ Nacim./DOB: _____ Sex/Sexo: _____
Nacionalidad / Nationality: _____ Doc. N.º: _____

✓ APTO/A PARA VOLAR · FIT TO FLY

ES: No presenta contraindicación para volar. Sin enfermedades infecto-contagiosas activas.

EN: No medical contraindication to air travel. No active infectious or communicable disease.

Destino / Destination: _____ Fecha viaje / Flight date: _____

DIAGNÓSTICO / DIAGNOSIS:

ASISTENCIA ESPECIAL / SPECIAL MEDICAL REQUIREMENTS:

☐ Ninguna/None ☐ O ☐ a bordo ☐ Silla de ruedas/Wheelchair ☐ Medicación/Medication ☐ Camilla/Stretcher

OBSERVACIONES / REMARKS:

Expedido en / Issued in: _____ Fecha / Date: ____ / ____ / ____.

Dr./Dra.: _____ Cédula Profesional: _____ Fecha: _____