

Enviar a / email to customer.services@oneairways.com or fax +34 913 292 330

A	NOMBRE / NAME		SEXO / GENRE	
	Email		TEL / PHONE	
B	ITINERARIO / ITINERARY		FECHA / DATE	
C	NATURALEZA DE LA INCAPACITACIÓN NATURE OF INCAPACITATION			
D	PERSONA DE COMPAÑÍA / INTENDED ESCORT DR / ATS-NURSE			
	REQUIERE PERSONAL MEDICO DE COMPAÑÍA REQUIRE ONE AIRWAYS MEDICAL ESCORT		YES / SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
E	REQUIERE SILLA DE RUEDAS REQUIRE WHEELCHAIR		YES / SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TIPO TYPE
	TIPO/TYPE: WCHR (PUEDE CAMINAR SUBIR) WCHS (NO PUEDE CAMINAR / SUBIR) STCH (CAMILLA / STRETCHER)			
F	REQUERIMIENTOS ESPECIALES EN EL VUELO / SPECIAL IN-FLIGHT ARRANGEMENT OXIGENO / OXYGEN - COMIDAS / MEALS ETC			
G	EQUIPO MEDICO / MEDICAL EQUIPMENT			
	Lleva algún equipo médico en cabina? Are you carrying any medical equipment into the cabin?		YES / SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Si la respuesta es si, necesitará usarlo en vuelo? If yes, do you need to use it during flight?		YES / SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Por favor especifique el equipo (Tipo / marca, modelo) Please specify Type of equipment (Type / make / model)			
	El equipo es alimentado por baterías? Equipment is battery powered?		YES / SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	El equipo se puede apagar durante el aterrizaje y despegue? Can the equipment be switched off during takeoff / Landing?		YES / SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Tiene suficiente batería para la duración del vuelo? Do you have sufficient batteries for duration of flight?		YES / SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Necesita ambulancia en tierra? Do you need Ambulance transfer?		YES / SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
I	HOSPITALIZACION / HOSPITALISATION			
	Ha sido admitido(a) en un hospital dentro de las últimas 4 semanas? Have you admitted to hospital within last 4 weeks?		YES / SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Fecha de admisión Date of admission			
	Requiere hospitalización a la llegada? Hospitalization is required upon arrival?		YES / SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Si es afirmativo indique nombre del hospital y contacto If yes, indicate hospital and contact			
DECLARACION DEL PASAJERO				
AUTORIZO A REMITIR LA INFORMACIÓN MEDICA REQUERIDA Y ESTOY DEACUERDO EN PAGAR CUALQUIER GASTO ASOCIADO				
PASSENGER'S DECLARATION				
I HEREBY AUTHORISE TO PROVIDE TE REQUIRED MEDICAL INFORMATION AND I AGREE TO PAY ANY ASSOCIATED FEES				
FECHA / DATE		FIRMA DEL PASAJERO O REPRESENTANTE PASSENGER SIGN OR REPRESENTATIVE		