



FORMATO DE DESCARGO DE RESPONSABILIDAD POR PASAJERO ENFERMO O INCAPACIDAD

Nombre y Apellido del Pasajero _____

Sexo: M F Edad: _____ Ruta de: _____ a: _____

Fecha: _____ Dirección Permanente: _____

Tel: _____ Dirección de Destino: _____

El pasajero viaja:

Para recibir tratamiento Regresa después de un tratamiento Por otros motivos

Sufre de: _____ Presión sanguínea: _____ Pulso: _____

Recomendaciones durante el vuelo: _____

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| ¿Necesita ambulancia a su llegada? | <input type="checkbox"/> | ¿Requiere un medicamento? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Requiere provisión de oxígeno a bordo? | <input type="checkbox"/> | ¿Puede viajar en vuelos de varias escalas? | <input type="checkbox"/> |
| Lts./min. , Continuo..... | | ¿Puede el pasajero atenderse sin ayuda? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Debe ir en vuelo directo de preferencia? | <input type="checkbox"/> | ¿Debe ir en camilla? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Requiere hospitalización si no hay conexión en ruta? | <input type="checkbox"/> | ¿Requiere de aparatos especiales? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Requiere de acompañante? | <input type="checkbox"/> | ¿Debe el acompañante ser medico o enfermera? | <input type="checkbox"/> |

Nota.- Todos los equipos especiales, oxígeno (botellas portátiles) medicamentos serán provistos por el pasajero.

CERTIFICACION MEDICA

De acuerdo a su Tratamiento Médico, certifico que el paciente está en condiciones de efectuar el viaje vía aérea, especificando en este documento y que no padece de enfermedad contagiosa, ni está propenso a causar trastornos, inconvenientes o molestias a los demás pasajeros.

Nombre del Médico: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha: _____ Firma: _____ N° Colegio Médico _____

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD POR PASAJERO O FAMILIAR

El suscrito deja constancia de que si soy aceptado para ser transportado mi viaje estará sujeto a las condiciones de tarifas de transporte respectivo y que LC. Busre no asume ni asumirá ninguna responsabilidad, liberándolo expresamente de toda responsabilidad que provenga del presente transporte.

En consecuencia, declaro que estoy preparado a propio riesgo a asumir cualquier consecuencia que el transporte aéreo pueda causar sobre mi persona, por mi estado de salud, exonerando totalmente a LC. Busre, sus empleados y agentes de cualquier consecuencia personal o económica que me pueda ocurrir por dicho transporte.

Acepto expresamente a efectuar cualquier reembolso económico que LC. Busre haya sufrido como consecuencia directa o indirecta a mi transporte, más los daños y perjuicios en caso de ser datos procedentes.

Parentesco _____ Lugar y Fecha _____ Doc. Identidad _____

Firma _____