

APROBACIÓN DE OXIGENO ABORDO

Nombre del Paciente: _____ Nombre del Médico _____
 Fecha valida de viaje _____ al _____

Favor marcar este cuadrante si el pasajero puede extender 7 días su fecha valida de viaje. (____) si el retrasa es por razones no-médicas.

El pasajero requiere (marque uno): ____ Acompañante No-Médico, ____ Acompañante Médico ____ Ningún acompañante

Cantidad máximo de litros por el minuto requerido en 8.000 pies de altitud: ____ LPM
 (Las opciones incluyen .50, 1, 1.5, 2, 2.5, 3, 4, 5, o 6 LPM)

La cantidad máxima de oxígeno requerido por hora es de _____ LPH

¿El pasajero requiere oxígeno a nivel del mar? _____

Certifico que el paciente antes mencionado está bajo mi cuidado, y en mi opinión, puedo viajar en avión comercial sin la probabilidad del riesgo médico a su salud y/o a su condición física. Este paciente es capaz de terminar el vuelo con seguridad sin asistencia médica aunque el vuelo sea a mayor distancia de lo programado, termine en un destino distinto al previsto o implique operaciones irregulares.

También certifico que el paciente de requerir oxígeno continuo en vuelo (60 minutos/por hora), este no requerirá que Copa Airlines proporcionar el oxígeno en la ciudad que origina, entre los vuelos que conectan o en la destino final del pasajero.

Firma y Sello del Médico _____

Teléfono _____

Fecha _____

Para uso de Copa Airlines

	IDA		VUELTA		TOTAL
	I TRAMO	II TRAMO	I TRAMO	II TRAMO	
Ruta					
Duración de Vuelos (en Horas)					
Cantidad de botellas requeridas					