



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Solo Válido para uso Interno

Roxana Molina Paz Callao, 02 de MAYO de 2018
ROXANA MOLINA PAZ
Fedataria Suplente

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRESA - CALLAO

VISTO:

REG. N° FECHA: 02 MAY 2018

El Informe N° 080-2018-GRC/DIRESA/DESI-DSAT, de fecha 27 de marzo de 2018, emitido por el Director de Sanidad Aérea Internacional, y el Informe N° 009-2018-GRC/DIRESA/DESI del 02 de abril de 2018, remitido por el Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales de la Dirección Regional de Salud del Callao, quienes solicitan la aprobación de los formatos MEDIF-Formulario Estándar de Información Médica para Pasajeros que Requieran Atención Médica parte A y B; y,

CONSIDERANDO:

Que, la Constitución Política del Perú, en su artículo 191°, establece que los gobiernos regionales tienen autonomía política, económica y administrativa en los asuntos de su competencia;

Que, los artículos I, II y III del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen: La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. Toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley. El derecho a la protección de la salud es irrenunciable, así mismo en el artículo 76 precisa que la autoridad de salud a nivel nacional es responsable de dirigir y normar las acciones destinadas a evitar la propagación y lograr el control y la erradicación de las enfermedades transmisibles en todo el territorio nacional, ejerciendo la vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria y dictando las disposiciones correspondientes;

Que, el Artículo 4° de la Ley N° 27867 – Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales señala: Los Gobiernos Regionales tienen por finalidad esencial fomentar el desarrollo regional integral sostenible, promoviendo la inversión pública y privada y el empleo y garantizar el ejercicio pleno de los derechos y la igualdad de oportunidades de sus habitantes, de acuerdo con los planes y programas nacionales, regionales y locales de desarrollo; y el artículo 5° de la acotada Ley en relación a la misión del Gobierno Regional establece que la misión de los gobiernos regionales es organizar y conducir la gestión pública regional de acuerdo a sus competencias exclusivas, compartidas y delegadas, en el marco de las políticas nacionales y sectoriales, para contribuir al desarrollo integral y sostenible de la región; asimismo, el inciso g) del artículo 9° de la citada Ley, en cuanto a las competencias constitucionales dispone que los gobiernos regionales son competentes para promover y regular actividades y/o servicios en materia de salud, entre otros;

Que, de acuerdo al inciso a), b) y c) del artículo 49° de la citada Ley estipula: Formular, aprobar, ejecutar, evaluar, dirigir, controlar y administrar las políticas de salud de la región en concordancia con las Políticas Nacionales y los Planes Regionales; formular y ejecutar, concertadamente, el Plan de Desarrollo Regional de Salud; y, coordinar las acciones de salud integral en el ámbito regional;

Que, el numeral 1.1 del artículo IV del Título Preliminar de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, y su modificatoria estipula que las autoridades administrativas deben actuar con respeto a la Constitución, la Ley y al Derecho dentro de las facultades que le estén atribuidas y de acuerdo con los fines para los que les fueron conferidas;

Que el numeral 154.1 del artículo 154 de la ley N° 27444, establece: que las entidades disponen el empleo de formularios de libre reproducción y distribución gratuita, mediante los administrados o algún servidor a su pedido, completando datos o marcando alternativas planteada, proporcionen la información usual que se estima suficiente, sin necesidad de otro documento de presentación;

Que, a través de los documentos de visto el Director de Sanidad Aérea Internacional, y Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales, de la Dirección Regional de Salud del Callao, solicitan la aprobación de los formatos MEDIF-Formulario Estándar de Información Médica para Pasajeros que Requieran Atención Médica parte A y B, siendo viable la emisión del acto resolutivo correspondiente que apruebe los citados formatos;

Estando a lo propuesto por el Director de Sanidad Aérea Internacional, de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales de la Dirección Regional de Salud del Callao;

Con la visación del Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales y la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica, de la Dirección Regional de Salud del Callao;

En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director Regional de la Dirección Regional de Salud del Callao, mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 000255-2017, precisada en la R.E.R N° 000276-2017;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar los Formatos MEDIF-Formulario Estándar de Información Médica para Pasajeros que Requieren Atención Médica parte A y B, que consta de (03) folios.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Encárguese a la Dirección de Sanidad Aérea Internacional de la Dirección Ejecutiva de sanidades Internacionales, de la Dirección Regional de Salud del Callao, la supervisión y cumplimiento de lo aprobado en el artículo precedente.

ARTÍCULO CUARTO.- Encárguese a la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística, la publicación de la resolución, en el Portal de internet de la Dirección Regional de Salud del Callao.

ARTÍCULO QUINTO.- Notifíquese la presente Resolución Directoral a los estamentos administrativos correspondientes.

Regístrese y comuníquese,

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Solo Válido para uso Interno
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
Dr. RICARDO ALDO LAMA MORALES
Director Regional
CMP. 12555
RÓXANA MOLINA PAZ
Fedataria Suplente
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRESA - CALLAO
02 MAY 2018
REG. N° FECHA:



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION EJECUTIVA DE SANIDADES INTERNACIONALES
DIRECCION DE SANIDAD AEREA INTERNACIONAL

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Solo Válido para uso interno

ROXANA MOLINA PAZ
Secretaria Suplente

MEDIF: Formulario Estándar de informaciones Medicas para pasajeros que requieran Atención Médica

Parte A: Responde TODAS las preguntas. Marca una cruz (X) en los casilleros "SI" o "NO". Use LETRA TIPO IMPRINTA

A		Nombre del pasajero		Edad:	FECHA: 02 MAY 2010
		Seguro de viaje / N° seguro de viaje			
B	Itinerario propuesto	Desde	Hacia	Fecha	
C		Oficina o agencia		Teléfono	
D	¿Necesita silla de ruedas?	Si ☐	¿Puede desplazarse por si solo distancias cortas?	Si ☐	No ☐
		No ☐		No ☐	
E	ACOMPAÑANTE PROPUESTO: Nombre, sexo, edad, profesión y oficio, en caso de persona no calificada anote: ACOMPAÑANTE DE VIAJE				
	En caso de que viaje solo, indique persona de contacto, nombre y teléfono				
F	Necesidad de otros preparativos en tierra	Si ☐	Si contestó SI, especifique más abajo en cada ítem (Especifique		
		No ☐			
	1 Preparativos para la entrega en el aeropuerto de Salida	Si ☐			
		No ☐	Especifique		
	2 Preparativos para la entrega en puntos de conexión	Si ☐			
		No ☐	Especifique		
	3 Preparativos para asistencia en punto de llegada	Si ☐			
		No ☐	Especifique		
	4 Otros preparativos o información importante	Si ☐			
		No ☐			
G	Requerimientos especiales en vuelo tales como asiento extra (solo asiento contiguo), comida especial (solo vuelos internacionales)		Si ☐	Especifique	
			No ☐		
Declaración del pasajero Yo declaro a la Dra. de la Dirección de Sanidad Aérea Internacional la información requerida por su departamento médico, con el fin de determinar mi aptitud para el transporte aéreo y en consecuencia relevo al médico de sus obligaciones éticas al respecto y acuerdo cancelar a dicho médico los honorarios respectivos. Estoy consciente que si el transporte es aceptado, mi viaje está sujeto a las condiciones generales de transporte y tarifas que exceda dichas condiciones de la compañía transportadora y que el transportador no asume ninguna responsabilidad que exceda dichas condiciones y tarifas. Asumo la responsabilidad a mi propio riesgo de cualquier consecuencia que el transporte por aire pueda afectar mi estado de salud y relevo al la Sanidad Aérea Internacional, sus empleados de cualquier responsabilidad por tales consecuencias especialmente (pero no limitado a) en gastos provenientes de afecciones al estado de salud derivado de preexistencias. Libero asimismo de toda responsabilidad respecto a cualquier gasto en que deba incurrir en relación a mi estado de salud si un vuelo se hubiere cancelado o retardado por motivos de seguridad o fuerza mayor. Acepto que la línea aérea me puede negar el embarque si mi condición no fuera coincidente con los datos entregados o si mi embarque pudiera poner en riesgo mi salud o la de los demás pasajeros o las operaciones de vuelo. IMPORTANTE Donde sea necesario debe ser leído por el/la pasajero(a), fechado firmado por él o en su nombre.					
Lugar		Fecha		Firma del pasajero	
				Teléfono del contacto	

www.disacallao.gob.pe
sanidadaerea01@hotmail.com

Jr. Colina N° 879 - Bellavista - Callao
Teléfonos 429-1424 - 575-1745
Aeropuerto Internacional Jorge Chávez





GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION EJECUTIVA DE SANIDADES INTERNACIONALES
DIRECCION DE SANIDAD AEREA INTERNACIONAL

COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Solo Válido para uso Interno
ROXANA MOLINA PAZ
Fedataria Suplente
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRESA - CALLAO
FECHA: 02 MAY 2018

MEDIF: Formulario Estándar de informaciones Medicas para pasajeros que requieran Atención Médica.
Parte B: Este formulario tiene por objetivo proporcionar la información necesaria que permita al departamento médico de la Sanidad Aérea Internacional evaluar las condiciones del pasajero para el viaje. Si el pasajero es aceptado, esta información permitirá impartir las instrucciones necesarias tendientes a proporcionar al pasajero un máximo de bienestar y comodidad. Al médico tratante, se le solicita contestar todas las preguntas, marcando con una cruz (X) en el respectivo casillero "SI" o "NO" y/o entregar respuestas concisas y precisas.
Para ser completado por el **MÉDICO TRATANTE:** Este formulario debe ser completado previa de la salida del vuelo y entregado a la compañía
Recomendamos completar el formulario usando letra tipo imprenta

MEDA 01 Datos del pasajero	Nombre completo del paciente	
	Sexo	Edad
MEDA 02 Datos médico	Nombre del médico tratante	
	DNI: CMP:	Teléfono de contacto: 5751745
	Especialidad del médico	Email: sanidadaerea01@hotmail.com
MEDA 03 Diagnóstico actual y antecedentes paciente	Informe médico (médico debe adjuntar diagnóstico detallado)	
	Diagnóstico médico/quirúrgico actual (debe decir si cuadro se encuentra resuelto/alta)	
	Antecedentes mórbidos	1. 2. 3. 4.
	Día/mes/año de primeros síntomas	
	Fecha de diagnóstico actual o tiempo de evolución	
	¿Pasajero se encuentra en condiciones de transportarse en avión? Si ☐ No ☐	
MEDA 04 (Riesgo durante el viaje)	Prognosis para el viaje Riesgo vital: Bajo o sin riesgo ☐ Medio ☐ Alto ☐ Se recomienda no volar ☐	
MEDA 05	¿Sufre enfermedad contagiosa y/o transmisible al momento del viaje? Si ☐ No ☐ Fecha de inicio de la enfermedad, ¿cuál?	
MEDA 06	El paciente asociado al diagnóstico anterior, presenta alguna alteración con respecto a: Control de esfínter Si ☐ No ☐ Conducta Si ☐ No ☐ Otra:	
MEDA 07	¿El paciente puede sentarse en posición vertical durante el vuelo? Si ☐ No ☐ ¿Requiere camilla? Si ☐ No ☐	
MEDA 08 (Autonomía del paciente)	El paciente es independiente durante el vuelo para: Comer Si ☐ No ☐ Ir al baño Si ☐ No ☐ Entender instrucciones de seguridad Si ☐ No ☐ Otros	
MEDA 09 Acompañante	En caso de viajar acompañado, especifique el tipo de acompañante(*): Familiar ☐ Médico ☐ Enfermera ☐ Paramédico ☐ Otro:	
MEDA 10 (Oxígeno)	¿Paciente requiere oxígeno en vuelo? Si ☐ No ☐ Porcentaje de saturación de oxígeno ¿Paciente viaja con su propio concentrador de oxígeno portátil-POC? Si ☐ No ☐ Modelo: Marca: Cantidad de flujo LT/min Duración batería del equipo: (DEBE DURAR EL 150% DE LAS HRS DE VIAJE incluyendo escalas y tiempos de espera)..... hrs. ¿Se puede desconectar en lapsos breves en caso de necesidad? Si ☐ No ☐ ¿Paciente viaja con otros dispositivos médicos de asistencia respiratoria que va a utilizar en vuelo: CPAP / BiPAP / VPAP / APAP / EPAP? Tipo de dispositivo (Ej: APAP): Modelo: Marca:	
MEDA 11 MEDA 12	Entregar listado de medicación del paciente y vía de administración (todos son de exclusiva responsabilidad del paciente) 1. 2. 3. 4. 5. 6. ¿Requiere medicación previa al vuelo? Si ☐ No ☐ ¿Requiere medicación durante el vuelo? Si ☐ No ☐	
MEDA 13 MEDA 14	¿Paciente requiere hospitalización (en caso positivo indicar los arreglos efectuados o si no se han hecho indique "Acción no tomada" se debe adjuntar certificado del centro donde se va a hospitalizar?) Si ☐ No ☐	¿Requiere hospitalización durante las escalas? Si ☐ No ☐





GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION EJECUTIVA DE SANIDADES INTERNACIONALES
DIRECCION DE SANIDAD AEREA INTERNACIONAL



MEDA 15	En caso de poseer trastorno de coagulación y/o antecedentes de trombosis, Arritmias cardíacas, Fractura extremidad inferior en viajes superiores a 3 hrs., etc. ¿se encuentra en tratamiento con anticoagulante oral/inyectable al momento del viaje?		
	Si ☐	NO ☐	Especifique cual :
MEDA 16	De acuerdo a su patología principal/actual ¿se encuentra estable para poder tolerar horas de vuelo en su totalidad sin complicaciones incluyendo escalas?		Si ☐ NO ☐
MEDA 17	Tipo de cirugía Abierta ☐ Laparoscópica ☐ Otra ☐		
	Complicaciones durante la cirugía Si ☐ No ☐		
MEDA 18	¿Necesita silla de ruedas? Si ☐ No ☐		
	¿Puede flexionar rodillas durante el viaje? Si ☐ No ☐		
	¿Puede flexionar cadera durante el viaje? Si ☐ No ☐		
MEDA 19	¿Posee alguna patología psiquiátrica? Si ☐ No ☐		
	¿Cuál? Esquizofrenia ☐ Bipolaridad ☐ Otra ☐		
	¿Se encuentra estable/bien controlada?		

Importante

1. El pasajero en Camilla siempre necesita ambulancia. Esta será solicitada y cancelada por el pasajero.
2. Los cilindros de oxígeno serán provistos por la compañía aérea (solo oxígeno seco) y el servicio será entregado sólo a bordo. El pasajero es responsable de informar a la tripulación la necesidad de recambio de cilindro y además asegurar su propio suministro de oxígeno en destino.
3. Los concentradores de oxígeno deben ser provistos por el pasajero y de un modelo aprobado por la autoridad aeronáutica.
4. DSAI No provee elementos de uso fisiológico.
5. La compañía podrá condicionar la aceptación del transporte y/o negar el embarque del pasajero si de acuerdo a los antecedentes entregados en este formulario existen riesgos tanto para la salud del propio pasajero como la de los demás y también en los casos en que el formulario no refleje el estado de salud actual del pasajero al momento del embarque. Infórmese de los términos y condiciones en su línea aérea.

El médico tratante que firma, DR.declara que el paciente se encuentra en condiciones, de efectuar un viaje por vía aérea con las precauciones arriba descritas, sin riesgo de deterioro en su condición a consecuencia directa del vuelo.

Fecha:	Lugar	Firma de médico tratante
--------	-------	--------------------------

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Solo Válido para uso Interno



ROXANA MOLINA PAZ
Fedataria Suplente

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRESA - CALLAO

FECH N° FECHA 02 MAY 2018

