

**INFORMACIÓN
CONFIDENCIAL**



IOM International Organization for Migration
OIM Organisation Internationale pour les Migrations
OIM Organización Internacional para las Migraciones

No. de expediente

Solicitud:

Retorno (PF):

CERTIFICADO DE IDONEIDAD PARA VIAJAR

APELLIDO, primer y segundo nombre:

Edad:

Sexo:

Nacionalidad:

1. Información general

a. Fecha desde que se encuentra en el país de salida.

b. Lugar de salida

c. Lugar de retorno

2. Condiciones médicas conocidas (Favor ser breve)

3. Estado actual de salud (indicar los síntomas y signos con una sola palabra)

Síntomas y signos

Función pulmonar

Función gastrointestinal

Función neurológica	
Función cardíaca	
Función reproductiva (embarazo / post parto)	
Presencia de hemorragias	
Presencia de infecciones	
Presencia de fiebre	
Capacidad motora	
Control de esfínteres	
Otro	

4. Cambios y/o alteraciones en el comportamientos

--

5. Tratamientos
a. Indicar tratamientos recibidos a la fecha
b. Recomendaciones

6. Requerimientos especiales para el viaje (marcar con X)	
a. Ninguno	b. Botiquín
c. Silla de ruedas	d. Oxígeno
e. Camilla	f. 2 asientos o más
g. Otros (explique)	

7. Escolta médica (marcar con X)	
a. No es necesaria <input type="checkbox"/>	c. Necesaria en el punto de salida <input type="checkbox"/>
b. Es necesaria (indicar el tipo de escolta: enfermero(a), médico, psiquiatra u otro) <input type="checkbox"/>	d. Necesaria durante todo el viaje <input type="checkbox"/>
	e. Necesaria en el punto de retorno <input type="checkbox"/>

8. Otros comentarios

Conclusiones (¿Puede realizar el viaje de retorno?)	Color del código
Idóneo para el viaje (No requiere atención médica)	VERDE
Seguimiento médico normal (Amerita seguimiento médico no urgente)	AMARILLO
Seguimiento post -arribo inmediatamente (Amerita atención médica inmediata a la llegada)	ROJO

Nombre completo del especialista en salud

Lugar y fecha

Firma del especialista en salud
