

Doctor(a)/*Doctor*

Dirección/*Address*

Tel.

Yo, el abajo firmante, doctor(a)

I, the undersigned, Doctor

Certifico que

(Nombre y Apellido)

Certify that

(First name and Name)

Passport No

padece de una enfermedad crónica y se trata con la siguiente medicación, administrada mediante inyecciones subcutáneas:

is affected with a chronic disease and is treated with the following medication, managed by subcutaneous injections:

nombre comercial/DCI

Este tratamiento requiere que se le permita al paciente llevar su medicamento, insumos y las agujas necesarias para las inyecciones en la cabina del avión. El medicamento debe ser mantenido a una temperatura entre +2°C y +8°C durante todo el período del viaje.

This treatment requires that he/she be allowed to carry the drug and the needles used for the injections in the cabin of the plane. The drug must be maintained at a temperature between +2° C and +8° C during the period of travel.

Certificado médico emitido en:

Medical certificate made in : _____

Fecha/*Date*: : _____

Firma/*Signature*: : _____

