

FICHA MÉDICA

La presente Ficha Médica deberá ser complementada por los Padres y/o Tutores del menor. Los datos incluidos en la Ficha Médica tendrán carácter de Declaración Jurada. Por favor, no omita ningún dato ni limite ningún concepto.

EXCLUSIÓN DE DOLENCIAS PREEXISTENTES Y DOLENCIAS CRÓNICAS. Quedan expresamente excluidos de los servicios asistenciales todas las dolencias crónicas o preexistentes o congénitas o recurrentes, conocidas o no por el titular de dicha póliza, como también sus consecuencias y agudizaciones, aun cuando las mismas aparezcan por primera vez durante el viaje.

DATOS PERSONALES DEL PASAJERO

NOMBRE: _____ C.I.: _____

EDAD: _____ ALTURA: _____ PESO: _____

GR.SANGUÍNEO: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ PARENTESCO: _____

TEL.PARTICULAR: _____ TEL.CELULAR: _____

DIETAS ESPECIALES: SI – NO ¿CUÁLES? ESPECIFICAR _____

1. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES

¿TIENE O TUVO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES? MARQUE CON UN CÍRCULO LO QUE CORRESPONDA:

Varicela	SI – NO	Oncológicas	SI - NO
Sarampión	SI – NO	Trastornos psicológicos/Psiquiátricos	SI - NO
Rubeola	SI – NO	Derrame pleural	SI - NO
Hepatitis	SI – NO	Tuberculosis	SI - NO
Paperas	SI – NO	Enfermedades del riñón	SI - NO
Asma	SI – NO	Problemas estomacales	SI - NO
Diabetes	SI – NO	Problemas intestinales	SI - NO
Bronquitis	SI – NO	Trastornos hepáticos	SI - NO
Hipertensión Arterial	SI – NO	Arritmia	SI - NO
Epilepsia	SI – NO	Problemas de piel	SI - NO
Neurológicas	SI – NO	Hernias	SI - NO
Cardiopatías	SI – NO	Otitis	SI - NO
Neumonía	SI – NO	Tos convulsa	SI - NO
Ortopédicas	SI – NO	Alergias	SI - NO
Trastornos alimentarios	SI – NO	Quirúrgicos	SI – NO

OTRAS: ¿CUÁLES? ESPECIFICAR _____

INDIQUE SI SE ENCUENTRA ACTUALMENTE BAJO ALGUN TIPO DE TRATAMIENTO MEDICO.

SI/NO ¿CUAL? _____

CON QUE MEDICACION? _____ DOSIS: _____

INDIQUE SI SE ENCUENTRA ACTUALMENTE BAJO ALGUN TIPO DE TRATAMIENTO PSICOLOGICO/PSIQUIATRICO.

SI/NO ¿CUAL? _____

CON QUE MEDICACION? _____ DOSIS: _____

TRATAMIENTOS Y MEDICACIÓN: En el caso que el pasajero se encuentre realizando algún tipo de tratamiento médico o tomando alguna medicación, el mismo será responsable de cumplir con el tratamiento y/o de tomar dicha medicación. La agencia no se responsabiliza ni podrá suministrar medicamentos y/o brindar ningún tipo de cuidado especial y/o supervisar que el pasajero cumpla con el/los mismo/s.

2. ANTECEDENTES CLÍNICOS

MARQUE CON UN CÍRCULO LO QUE CORRESPONDA Y EN CASO DE RESPONDER AFIRMATIVAMENTE ESPECIFIQUE.

¿HA SUFRIDO FRACTURAS? SI-NO ¿Cuáles? _____

¿SUFRE ALGUN TIPO DE ALERGIA? SI-NO Fármacos, bebidas, alimentos u otros. Especifique cuidados y tratamiento.

CONSIGNE CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN DE IMPORTANCIA EN SU HISTORIA CLÍNICA:

3. INMUNIZACIÓN. VACUNAS

¿TIENE SU ESQUEMA COMPLETO? SI-NO
SI FALTA ALGUNA INDIQUE CUAL _____
INDIQUE FECHA DE APLICACIÓN DE LA ÚLTIMA VACUNA ANTITETANICA: _____

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

SI EXISTIERA ALGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR DE IMPORTANCIA PARA LA SALUD DEL PASAJERO, POR FAVOR INFORMAR SOBRE LA MISMA.

El viaje a realizar requerirá de actividad física, caminatas y otros esfuerzos físicos y/o mentales. Por favor indique todas las limitaciones físicas o mentales y restricciones de las cuales usted está en conocimiento: _____

Por lo tanto declaro que el pasajero se encuentra en condiciones físicas y mentales adecuadas para participar del viaje. Finalmente, autorizo a que el viajero reciba la atención médica que sea necesaria en caso de accidentes y/o enfermedad durante la realización del viaje.

Tomo conocimiento de la importancia de entregar la información solicitada, y doy fe que se suscribe la información fidedigna correspondiente al pasajero y no se ha omitido ningún dato.

FIRMA DE AMBOS PADRES:

Firma y nombre completo del Padre en mayúsculas:

Firma y nombre completo de la Madre en mayúsculas:

En caso de que sólo firme un padre se debe a que: Tengo la custodia legal del menor - Soy padre/madre soltero/a - Soy el único progenitor superviviente del menor:

Otros (explicar) _____