

La presente **ficha médica** será tenida en cuenta para la atención del titular, por lo cual rogamos que la información consignada sea lo más completa, precisa y veraz posible, para que los profesionales que asistan en caso de ser necesario, puedan brindar un mejor servicio de asistencia. Rogamos completar con letra de imprenta legible. Los datos incluidos en la presente serán utilizados bajo estricta confidencialidad.

Salida / Viaje

DATOS DEL TITULAR

Apellido				Nombres			
SEXO Femenino	<input type="checkbox"/>	Masculino	<input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento:	/	/	/
TIPO DOCUMENTO	Nro de DOCUMENTO						
DOMICILIO Calle				Nro.	C Postal		
Localidad				Provincia			
TELEFONO:				Mail:			

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A;

APELLIDOS Y NOMBRES				TELEFONO DE LINEA				TELEFONO CELULAR			
Mail:				RELACION con el Titular:							

APELLIDOS Y NOMBRES				TELEFONO DE LINEA				TELEFONO CELULAR			
Mail:				RELACION con el Titular:							

COBERTURA MEDICA PARTICULAR

OBRA SOCIAL O PREPAGA			
Nro AFILIADO o SOCIO			
TELEFONO URGENCIAS			

Si posee Medico de cabecera, complete los datos a continuación:

Apellido y Nombre del médico de cabecera:			
Telefono de contacto:			

ANTECEDENTES MEDICOS

(tache lo que **NO** corresponde)

Enfermedades de la niñez:

Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cual / es ?		
Rubeola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vacuna antitetánica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Fecha de aplicación:		

Otras enfermedades que haya padecido o que padezca actualmente

CARDIOPATIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cual / es ?		
RESPIRATORIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cual / es ?		
METABOLICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cual / es ?		
NEUROLOGICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cual / es ?		
DIGESTIVAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cual / es ?		
HEPATOPATIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cual / es ?		
PSICOLOGICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cual / es ?		
TRAUMATOLOGICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cual / es ?		
PROCESOS INFLAMATORIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cual / es ?		
FRACTURAS O ESGUINCES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cual / es ?		
INFECTO-CONTAGIOSAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cual / es ?		

¿Posee alguna enfermedad crónica ? (Alergia, Diabetes, trastornos de sangre) ¿Cual / es ? _____

¿Es alérgico ? SI NO A que cosa es alérgico ? _____

MEDICAMENTOS

Está actualmente en tratamiento con algún medicamento ? SI (*) NO

(*) En caso afirmativo, complete la siguiente información

A) Por qué enfermedad lo toma ? _____

B) Qué medicamento debe suministrarse ? Complete el nombre del medicamento y la dosis

1) Medicamento _____
Dosis _____

2) Medicamento _____
Dosis _____

En caso de estar con tratamiento médico, deberá adjuntar la prescripción firmada por un/a profesional medico. Recuerde calcular la cantidad de medicamento que debe llevar en el viaje, según la cantidad de días de viaje y las dosis. Si el medicamento necesita refrigeración, recuérdesele al Guía o Coordinador del grupo antes de viajar.

Toma medicamentos en otras situaciones ? (fiebre, dolores, etc) SI NO

En caso afirmativo, cuáles ? _____

Hay algún medicamento que NO debe tomar : ? Cual / es _____

ALIMENTACION

Tiene alguna restricción sobre alimentos que puede ingerir ? _____

Cualquier otra información que considere importante o necesaria para conocimiento de los profesionales

Dejo constancia de haber cumplimentado la ficha médica de mi hijo/hija

_____ a los _____ días del mes de _____
del año _____ autorizando por la presente **(en caso de emergencia)** a actuar según lo dispongan los
profesionales médicos.

Firma de Padre, madre o tutor

Sello y firma del médico certificante

Aclaración

Lugar y Fecha