

FICHA MÉDICA Y AUTORIZACIÓN



La presente ficha médica será tenida en cuenta para la atención integral del titular, por lo cual, le rogamos que la información consignada sea lo más completa, precisa y veraz posible, para que nuestros profesionales puedan brindar un servicio de calidad y excelencia. Para que esto se cumpla además, es importante que la presente complete con letra clara, si es posible, de imprenta mayúscula. Los datos incluidos en la presente serán utilizados bajo estricta confidencialidad.

DATOS DEL TITULAR

Nombres:
 Apellidos:
 Sexo: femenino..... Masculino Fecha de nacimiento/...../.....
 Grupo y factor sanguíneo:
 Tipo de documento:Nº de documento:
 Domicilio calle: Nº:
 Código postal: Localidad:
 Provincia: Teléfono: (.....)

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

Apellidos y nombres:
 Teléfono de línea:
 Celular:
 Mail:
 Relación con el titular:
 Apellidos y nombres:
 Teléfono de línea:
 Celular:
 Mail:
 Relación con el titular:

COBERTURA MÉDICA

Obra social o prepaga:
 Nº de afiliado o socio:
 Teléfono de urgencias:
 Si posee médico de cabecera, complete los datos a continuación:
 nombre del médico de cabecera:
 Teléfono de contacto: (.....).....

HISTÓRIA CLÍNICA (Marque lo que corresponda):

Enfermedades padecidas	SI	NO
Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliomelitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos Convulsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubeola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falso Crup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grupo y factor Sanguineo: _____

Enfermedades a que es propenso	SI	NO
Broncoespasmos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afecciones del oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afecciones de la nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resfrios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enuresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonoambulismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constipación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vacunas o sueros recibidos/ Fecha aplicación	SI	NO
Antitetánica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidifteria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antituberculosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antiofídica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antisarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Doble SI NO Triple SI NO BCG SI NO

En caso de embarazo, indicar tiempo y fecha probable

Intervenciones quirúrgicas	SI	NO
Apendicitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigdalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras/ ¿ Cúal ?		

Alergias
 Si es alérgico a medicinas, especificar y adjuntar prescripción médica
 ¿ Es alérgico ? SI NO
 Observaciones sobre el tipo de alergia:

Medicación
 ¿ Está tomando medicación? SI NO
 ¿ Cúal ? :
 Dosis:
 ¿ Sigue algún tratamiento? SI NO
 ¿ Cúal ? :
 Dosis:

Si es alérgico a alguna comida, especificar y adjuntar prescripción

Fobias
 ¿ Tiene fobias o temores ? SI NO Si cabe destacar alguna observación, por favor mencionelo a continuación

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 medicamentos debe suministrarse ? Complete el nombre del medicamento y la dosis.

1) Medicamento:

Dosis:

2) Medicamento:

Dosis:

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, recuérdese al coordinador del grupo antes de comenzar el viaje.

¿ Toma medicamentos en otras situaciones ? (fiebre, dolores, etc.)

SI (*) NO

En caso de afirmativos, ¿ cuáles ? :

¿ Hay algún medicamento que no debe tomar ? ¿Cuál ? :

ALIMENTACION

¿ Tiene alguna restricción sobre los alimentos que puede ingerir ?.....

El siguiente espacio, es para que Ud. consigne cualquier información que considere importante y necesaria para conocimiento de los profesionales que en caso de necesitarlo, atenderán al titular de la presente.

.....

“ Si su hijo se encuentra comprendido en alguna de estas afecciones, rogamos se le administre la vacuna correspondiente a influenza AH1N1”
“ Por favor, subraye si corresponde a alguna de las categorías e indique si recibió vacunación y la fecha ”.

- 01 Obesos mórbidos: IMC mayor o igual a 40.
- 02 Retraso madurativo severo.
- 03 Síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio y malformaciones congénitas severas.
- 04 Enfermedades respiratorias crónicas.
- 05 Asma severo.
- 06 Cardiopatías congénitas.
- 07 Trasplantados de órganos sólidos o tejido hematopoyético.
- 08 Enfermedad oncohematológicas hasta 6 meses posteriores a la remisión completa.
- 09 Tumor de órgano sólido en tratamiento.
- 10 Insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativa de ingresar en diálisis en los siguientes 6 meses.
- 11 Insuficiencia congénita o adquirida.
- 12 Utilización de medicación inmunosupresora o corticoides en altas dosis.
- 13 Diabéticos.

Vacuna: si..... No Fecha:

Autorizo a: a viajar, como a si mismo a realizar todas las actividades y/ o servicios que componen el viaje o estén incluidos en los itinerarios.

FICHA MEDICA:

Recordamos a los padres que en la cláusula DECIMO SEGUNDA del contrato de viaje aclara que LA AGENCIA proveerá al PASAJERO de una ficha médica que deberá ser completada por un profesional médico conteniendo la historia clínica del respectivo PASAJERO. Los padres o tutor del PASAJERO autorizan al/la menor a ser atendido por la compañía de seguro asistencial médico contratada por LA AGENCIA como así mismo a realizar todas las actividades y servicios que componen el tour o estén incluidos en los itinerarios de este viaje. El PASAJERO deberá entregar a LA AGENCIA la ficha médica antes del día 15 de Octubre de 2016. Conjuntamente, los representantes del PASAJERO deberán realizar y presentar en el domicilio legal de LA AGENCIA una Declaración Jurada manifestando los antecedentes del/la menor, donde deben constar los posibles trastornos, enfermedades o patologías que hayan sufrido anteriormente, a modo de ejemplo: intento de suicidio, depresión, problemas alimenticios, y similares. Toda omisión en tal documento libera de responsabilidad a LA AGENCIA por toda consecuencia que directa o indirectamente se derive de ello durante el tour

EXAMEN MEDICO/ CERTIFICADO DE BUENA SALUD

FECHA

Certifico que el paciente:.....goza de buena salud y no padece enfermedad alguna. En caso de padecer alguna enfermedad o requerir tratamiento especial, adjunto certificado médico.

Teléfono para interconsulta de urgencia:

Firma y sello médico

Firma de padre/ tutor/ encargado