

COLEGIO: _____ DESTINO VIAJE _____

DATOS DEL TITULAR

Aoellido del Alumno _____ Nombres _____
 SEXO Femenino Masculino 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 Tiular: _____

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

COBERTURA MEDICA PARTICULAR

OBRA SOCIAL O PREPAGA _____
 Nro AFILIADO o SOCIO _____
 TELEFONO URGENCIAS _____

Si posee Medico de cabecera, complete los datos a c ontinuación: _____

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

ANTECEDENTES MEDICOS (tache lo que NO corresponde)

Enfermedades de la niñez:
 Varicela SI NO Otras? SI NO
 Sarampión SI NO Cual / es ? _____
 Rubeola SI NO Vacuna antitetánica SI NO Fecha de aplicación: _____

Otras enfermedades que haya padecido o que padezca actualmente

CARDIOPATIAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cual / es ?	_____
RESPIRATORIAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cual / es ?	_____
METABOLICAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cual / es ?	_____
NEUROLOGICAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cual / es ?	_____
DIGESTIVAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cual / es ?	_____
HEPATOPATIAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cual / es ?	_____
PSICOLOGICAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cual / es ?	_____
TRAUMATOLOGICAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cual / es ?	_____
PROCESOS INFLAMATORIOS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cual / es ?	_____
FRACTURAS O ESGUINCES	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cual / es ?	_____
INFECTO-CONTAGIOSAS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	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 _____

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

Firma del padre, madre o tutor

Aclaración