

FICHA MEDICA Y AUTORIZACION DE VIAJE

La presente **ficha médica y autorización de viaje** 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

COLEGIO: _____

DESTINO VIAJE _____

DATOS DEL TITULAR

Apellido 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 URGENCIAS 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 Médico de cabecera, complete los datos a continuación: _____

Apellido y Nombre del médico de cabecera: _____
Teléfono 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 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 a un adulto acompañante 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 y autorización de viaje de mi hija / hijo :

_____ a los _____ días del mes de _____ del año _____ autorizando por la presente **(en caso de emergencia)** a actuar según lo dispongan los profesionales médicos y a realizar el viaje organizado por FASE2 al destino _____ con partida _____ y regreso _____. Tomo conocimiento que debo notificar cualquier cambio en la salud de mi hija / hijo que condicione la realización de cualquiera de las actividades propuestas o el tipo de alimentación y que debe llevar el DNI original según las normativas vigentes.

Firma del padre, madre o tutor

Sello y firma del médico certificador

Aclaración

Lugar y Fecha